Rechtsprechungsinformationsdienst 20-03

REDAKTION 6

EDITORISCHE HINWEISE 6

A. VERTRAGSARZTRECHT 7

I. Honorarverteilung 8
1. RLV/Fallzahlabhängige Abstaffelung: Keine Ausnahme wegen Sehschule 8
2. Aufschlag von 10 % für BAG: Allgemeinmedizinerin u. psychotherapeutisch tätige Ärztin ohne RLV 8
3. Humangenetische Leistungen: RLV/Quotierung (KV Hessen, Quartale I u. II/16) 8
4. Vergütung neuropsychologischer Leistungen (Quartale I/16 u. III/17) 9
5. Honorarabschlag nach Abtretung: Unterscheidung zwischen GbR und Gesellschafter 9
6. Weiterer Antrag wegen Praxisbesonderheit als Härteantrag/Honorardurchschnitt 10

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung 10
1. Plausibilitätsprüfung 11
a) Zeitbezogen: Ermächtigter Arzt/Anordnungsgrund bei drohender Insolvenz 11
b) Patientenbezogen: Schätzungsermessen und gegenseitige Vertretung 12
2. Fortbildungsverpflichtung 12
a) Wechsel des Fachgebiets während des Fünfjahreszeitraums 12
b) Nachweis durch Vorlage des Fortbildungszertifikats der Ärztekammer 13
3. Antrag einer Krankenkasse: Vorverfahren/Fristen/Bagatellgrenze 13

III. Notdienst/Telematikinfrastruktur/Hochschulambulanz 14
1. Notdienst 14
a) Befreiung vom Notdienst wegen schwerwiegender Erkrankung 14
b) Verpflichtung zum Notdienst in Räumlichkeiten der Bereitschaftsdienstzentrale 15
c) Beteiligung der Privatärzte an Kosten für Ärztlichen Bereitschaftsdienst 15
d) Rechtsweg: Heranziehung von Privatärzten 15
aa) Heranziehung einer Privatärztin zum KV-Notdienst: Sozialgerichtsbarkeit 15
bb) Heranziehung eines Privatarztes zum KV-Notdienst: Verwaltungsrechtsweg 15
cc) Kostenbeteiligung eines Privatarztes am KV-Notdienst: Sozialgerichtsbarkeit 16
dd) Kostenbeteiligung eines Privatarztes am KV-Notdienst: Verwaltungsrechtsweg 16
2. Umfang der Kostenerstattung für Ersteinrichtung der Telematikinfrastruktur 16
3. Keine Betriebsstättennummer als Hochschulambulanz für kooperierendes Institut 16

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz 17
1. Arzneikostenregress 17
a) Zielfeldregress: Festsetzung der Zielfelder 17
b) Vergleich anhand von Tagesdosen 18
c) Ausschluss der Verordnungsfähigkeit von Kombinationspräparat (Aggrenox®) 18
d) Gerinnungsfaktoren: Kostengünstigerer Bezugsweg 19
2. Sprechstundenbedarf: Durchschnitts- und Einzelfallprüfung 19
3. Statistische Prüfung der Heilmittelverordnungen anhand der elektronischen Daten 20

V. Zulassungsrecht 20
1. Bedarfsplanung für Pathologen 21
2. Nachbesetzungsverfahren 21
a) Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens wegen besonderer Praxisstruktur 21
b) Keine Fortführung der Praxis bei Verlegung des Praxissitzes um 36 km (Gynäkologie) 22
3. Kein Austausch der anzustellenden Ärzte im Widerspruchsverfahren 22
4. Widerruf einer Genehmigung zur Anstellung einer Ärztin ohne Gebietsbezeichnung 22
5. Ermächtigungen 23
a) Ermächtigung eines psychiatrischen Krankenhauses: Kein gesonderter ärztlicher Leiter 23
b) Ermächtigungsantrag: Darlegungslast des Arztes/Zumutbare Wegstrecke (Endokrinologie) 23

VI. Angelegenheiten der KVen 24
1. Schiedsspruch zur Festsetzung der Gesamtvergütung 24
2. Qualifizierung einer Maßnahme der Aufsichtsbehörde (Rundschreiben) 25

VII. Streitwert/EHV der KV Hessen 25
1. Streitwert: Höheres Honorar für zwei Quartale 25
2. EHV der KV Hessen 26
a) Vorzeitiger Verzicht: 0,5 %-Kürzung 26
b) Schätzung der Umsätze aus Selektivverträgen 26

VIII. Bundessozialgericht (BSG) 27
1. Übergangsrecht bei Wechsel des Vergütungssystems 27
2. Neuregelung der Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus (2008) 27
3. Aufrechnung einer KV mit abgetretener Honorarforderung 27
4. Höchstzahl der Vorbereitungsassistenten in MVZ 28
5. Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Quartalsarbeitszeitprofil bei Teilzeitanstellung im MVZ 28
6. Nachbesetzung: Anfechtung der Genehmigung einer überörtlichen BAG/Sitzverlegung 28
7. Integrierte Versorgung und Zuordnung zum Vertragsarztrecht 28
8. Wahlanfechtungsklage: Passives Wahlrecht n. Einbringen eines Vertragsarztsitzes zur Anstellung 29
9. EHV KV Hessen: Berücksichtigung hoher Kostenanteile/Beitragsklassen (Quartale III/12-II/13) 29

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT 30

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung 30
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden 30
a) BVerfG: LDL-Apherese/Progrediente kardiovaskuläre Erkrankung 30
b) PET-CT/MRT bei Hodentumor 30
c) Irreversible Elektroporation (IRE) bei Prostatakarzinom 30
d) Optische Kohärenztomografie 31
e) Elektrostimulation am Auge (TES mit dem OkuStim-System) 31
f) Liposuktion: Fehlende positive Empfehlung des GBA 31
2. Nadelepilationsbehandlung 32
a) Keine nichtärztliche Elektroepilation nach geschlechtsangleichender Behandlung 32
b) Geltung des Arztvorbehalts 32
c) Keine Nadelepilation durch eine Kosmetikerin 32
3. Künstliche Befruchtung: Altersgrenze für Männer 32
4. Werbebroschüre keine Zusicherung i.S.d. § 34 SGB X 33
5. Kein Anordnungsgrund bei zumutbarer Vorfinanzierung der Leistung 33
6. Zahnärztliche Behandlung 33
a) Langzeitprovisorien bei einer kombinierten kieferchirurgischen/kieferorthopädischen Behandlung 33
b) Versorgung mit Zahnersatz innerhalb von sechs Monaten nach Genehmigung 33

II. Stationäre Behandlung 34
1. Mammareduktionsplastik 34
a) Kein Nachweis zur Behandlung von Wirbelsäulenbeschwerden 34
b) Absinken durch Ptose 34
2. Beidseitige prophylaktische Mastektomie (Brustamputation) mit Brustsofortrekonstruktion 34
3. Liposuktion 35
a) Anforderungen des Qualitätsgebots 35
b) Oberschenkel sowie Oberarme: Keine vom GBA empfohlene neue Methode 35
c) Keine Kostenerstattung bei möglicher ambulanter Leistung 35
4. Unterkunfts- und Verpflegungskosten im Diabetes-Dorf 36

III. Kostenerstattung 36
1. Genehmigungsfiktion 37
a) Umgehung des Fristenregimes durch Entscheidung vor MDK-Begutachtung 37
b) Leistungsbeschaffung vor Fristablauf 37
c) Nicht zugelassene Psychotherapeuten: Fehlende Erforderlichkeit 37
d) Maßschuhe und Diabetes-adaptierte Fußbettungen zur Prophylaxe von Druckstellen 38
2. Voraussetzungen einer unaufschiebbaren Leistung 38
3. Delfintherapie im Curacao-Dolphin-Therapy-Center 38
4. Abrechnung nach den Vorschriften der GOÄ 39

IV. Arzneimittel 39
1. Off-Label-Use 39
a) Effentora zur Behandlung von chronischem Schmerzsyndrom 39
b) CellCept bei interstitieller Lungenerkrankung im Rahmen einer Polyarthritis 39
c) Sativex® bei infantiler Zerebralparese 40
2. Cannabis 40
a) Posttraumatische Belastungsstörung u. Psychopharmaka 40
b) Nachholung der begründeten Einschätzung 40

c) Therapiefestlegung durch Arzt 40
3. Zolgensma 41
a) Fehlende Erfolgsaussichten einer Behandlung 41
b) Fehlende medizinische Indikation 41
4. Festbetragsfreie Versorgung: Arzneimittelalternativen ohne Nebenwirkungen (Crestor®) 42

V. Heilmittel 42
1. Langfristiger Heilmittelbedarf: Vergleichbarkeit der Schädigungen 42
2. Langfristiger Heilmittelbedarf: „Immer wieder" auftretender Behandlungsbedarf 42

VI. Hilfsmittel 42
1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden 43
a) Fußhebersystem (Typ Bioness L 300) 43
b) Dynamische Finger-Hand-Handgelenk-Unterarm-Orthese 43
c) Kopforthese 43
2. Rollstuhlzuggerät 43
3. PleurX Peritoneal-Kathetersystem 44
4. Software „Meine eigene Stimme" 44
5. Spezialbrille für Kleinkind 44
6. Zweitversorgung 45
a) Therapiestuhl für Besuch einer vorschulischen Kindereinrichtung 45
b) Beschränkung auf Basisausgleich: Zweiter Sauerstofftank für das Auto 45

VII. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten 45
1. Fahrkosten 45
a) Ambulanter sechswöchentlicher Katheterwechsel 45
b) Stufenweise Wiedereingliederung als Leistung der medizinischen Rehabilitation 46
2. Häusliche Krankenpflege 46
a) Keine Erstattung eines fiktiven Verdienstausfalls von Verwandten 46
b) Kündigung einer Zielvereinbarung bei Verstoß gegen Qualitätssicherung 46

VIII. Beziehungen zu Krankenhäusern 47
1. Rückwirkende Ermächtigung des DIMDI verfassungswidrig (Vorlagebeschluss) 47
2. Mindestmenge 48
a) Widerlegung einer Mindestmengenprognose: Kalenderjahr 48
b) Anforderungen an Widerlegung einer Prognose eines Krankenhauses 48
3. Vergütungsanspruch/Fälligkeit 48
a) Neue Behandlungsmethode: Transvaskuläre Aortenklappen-Implantation (TAVI) 48
b) Stationäre Krankenhausbehandlung und ärztliche Tätigkeit bei psychischer Erkrankung 49
c) Verschiebung einer geplanten Operation wegen operativer Notfälle 49
d) Tagsüber Aufenthalt außerhalb des Krankenhauses 49
e) Vereinbarung über Aufnahmeuntersuchung 49
f) Behandlung von Versicherten ohne Zulassung 50
g) Einreise eines EU-Bürgers zur Entbindung 50
h) Verjährung nach Zahlung unter Vorbehalt und Verrechnung 51
i) Aufrechnung 51
aa) Aufrechnungsverbot in Landesvertrag 51
bb) Landesvertragliches Aufrechnungsverbot zulässig 51
cc) Aufrechnung im Zeitraum 09.11. bis 31.12.2018 zulässig 52
j) Frist zur Vorlage der Unterlagen 52
aa) Pflicht des MDK zur Konkretisierung der angeforderten Unterlagen 52
bb) Frist zur Übersendung der Unterlagen keine materiell-rechtliche Ausschlussfrist 52
k) Abrechnungs- und Prüfverfahren 53
aa) Fehlende Übermittlung von Behandlungsdaten 53
bb) Vorlagefrist für Krankenhausunterlagen: Materiell-rechtliche Ausschlussfrist 53
cc) Präklusionswirkung bei fehlender Einleitung eines Prüfverfahrens 53
4. Kündigung einer Kooperationsvereinbarung 53
5. Fallpauschalen 54
a) Fallzusammenführung 54
aa) Unvorhersehbar hinzugetretene weitere Erkrankung 54
bb) Wiederaufnahme nach vorzeitiger Entlassung des Versicherten auf dessen Wunsch 54
b) Weiterführende Behandlung nach Notfallintervention in anderem Krankenhaus 54
c) Bestimmung der Hauptdiagnose bei „Aufnahme ins Krankenhaus" 55
d) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls 55
e) Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung 55
f) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung 56
aa) Geriatriepatienten unterhalb von 60 Jahren 56

bb) Vertretungsmöglichkeit 56
g) Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen 56
h) Dokumentation einer Spondylodese 56
i) Paresen und Plegien 57
j) Tumorerkrankung während der Schwangerschaft 57
k) Implantation eines Okkluders-Modell: Amplacer Cardiac Plug 57
l) Wirtschaftlichkeitsgebot: Implantation eines Klappensystems zur Behandlung einer COPD 57
m) Beatmung 58
aa) Berechnung der Beatmungsstunden 58
bb) Spontanatmungsstunden in der Periode der Entwöhnung 58
cc) Beatmungszeiten und intensivmedizinische Versorgung 58
dd) Künstliche Beatmung: Nasale CPAP (continous positive airway pressure) 59
6. Kein Rechtsschutzbedürfnis: Aussetzung v. Mindestvorgaben ohne drohenden Vergütungsverlust 59
7. Aufwandspauschale: Erstattungsforderung der Krankenkasse 59

IX. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern 60
1. Apotheken 60
a) Verletzung des Abgabeverbots: Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung 60
b) Kündigung der Vereinbarung über Röntgenkontrastmittel (Open-House-Verfahren) 60
c) Keine Hemmung der Verjährung bei fehlender Klagesubstantiierung (Herstellerrabatt) 60
2. Hilfsmittelerbringer: Kein Beitritt zu Arzneiversorgungsvertrag (hier: Trinknahrung) 61

X. Angelegenheiten der Krankenkassen 61
1. Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte verfassungsgemäß 61
2. Ausstellung einer elektronischen Gesundheitskarte: Geeignete Lichtbilder 61
3. Kein Anspruch auf Ausstellung eines papiergebundenen Anspruchsausweises anstelle der eGK 62

XI. Bundessozialgericht (BSG) 62
1. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung 62
a) Wertungsmäßige Vergleichbarkeit bei Verlust eines wichtigen Sinnesorgans 62
b) Satzungsregelung zur künstlichen Befruchtung 62
c) Kostenbeteiligung zur Entfernung von Brustimplantaten 62
2. Fingierte Genehmigung 63
a) Deutlich fehlende Anspruchsvoraussetzungen: In-vitro-Fertilisations-Behandlung und Altersgrenze 63
b) Zahnersatz: Kein Anspruch auf Übernahme auch des Eigenanteils 63
3. Anziehen von Kompressionsstrümpfen in Einrichtung der Eingliederungshilfe 63
4. Beziehungen zu Krankenhäusern 63
a) Fallzusammenführung: Wiederaufnahme und wirtschaftliches Alternativverhalten 63
b) Spontanatmungsstunden und Beatmungszeit 64
5. Pharmazeutische Unternehmer: Maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene 64
6. Angelegenheiten der Krankenkassen 64
a) Beratungs- und Betreuungsleistungen durch Vertrag mit Beratungsunternehmen 64
b) Kostenerstattungs-Wahltarife/Unterlassungsanspruch privaten Krankenversicherer 64

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE 65

I. Ärztliches Berufsrecht 65
1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis 65
a) Widerruf der Approbation 65
aa) Verwertung der Feststellungen in Strafurteil 65
bb) Strafverurteilung wegen Besitzes und Verbreitens von Kinderpornografie 65
cc) Verurteilung wegen Besitzes von Kinderpornografie 66
dd) Missbräuchliches Verordnen von Benzodiazepinen 66
ee) Vorsätzliches unerlaubtes Betreiben von Bankgeschäften 66
b) Anordnung des Ruhens der Approbation wegen wahnhafter Störung 67
c) Zur Befangenheit des Richters als Patient eines Arztes 67
2. Strafrecht 67
a) BGH: Behandlungsver. ohne Approbation/Anvertrautsein im Rahmen eines Schülerpraktikums 67
b) Werbung zum Schwangerschaftsabbruch auf Internetseite 68
c) Bestechung: Vertrieb von Nahrungsergänzungsmitteln über umsatzbeteiligte Ärzte 68
3. Berufspflichten 68
a) Berufsrechtlicher Überhang trotz Einstellung des Strafverfahrens wegen sexuellen Missbrauchs 68
b) Kein Rechtsschutz gegen Einstellung eines berufsrechtlichen Ermittlungsverfahrens 68
4. Berechtigung zur Ausübung des Notfalldienstes 69
5. MRT Untersuchungen durch Orthopäden 69
6. Strukturelle Voraussetzungen einer Weiterbildungsbefugnis zu „Spezielle Schmerztherapie“ 69
7. Erteilung eines elektronischen Heilberufsausweises: Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit 69

II. Arzthaftung 70
1. Bundesgerichtshof (BGH) 70
a) Abgrenzung eines Befunderhebungsfehlers vom Fehler der therapeutischen Aufklärung 70
b) Haftung eines vom Durchgangsarzt hinzugezogenen Radiologen 70
c) Verjährung wegen ärztlicher Behandlungsfehler im Zusammenhang mit Geburt 70
d) Selbständiges Beweisverfahren zu Inhalt und Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht 71
e) Gegenstand eines selbständigen Beweisverfahrens: Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht 71
2. Behandlungsfehler 71
a) Fachgleiche Begutachtung/Bedeutung der ärztlichen Dokumentation 71
b) Zurücklassen eines Fremdkörpers: Zählkontrolle und Dokumentationspflicht 71
c) Behauptung eines Hygieneverstoßes/Auftreten einer Infektion 72
d) Implantierung einer Großkopf-Hüfttotalendoprothese 72
e) Auftreten von Paravasaten bei der Verwendung eines Portsystems 73
f) Beitragsminderungsschaden einer gesetzlichen Krankenkasse 73
g) Vorbringen im Berufungsverfahren über Kontraindikation 73
h) Eingliederung von Zahnersatz: Unterlassene Untersuchung auf CMD 73
3. Beschäftigung eines Nichtarztes zur Heilbehandlung 73
4. Aufklärung/Einwilligung 74
a) Aufklärungspflicht über die Gefahr ärztlicher Behandlungsfehler 74
b) Alternativbehandlung und Arzt der anderen Fachrichtung 74
c) Patienteninformation (hier „Früherkennung des Grünen Stars <Glaukom>“) 74
d) Koloskopie: Risiko einer iatrogenen Perforation/Aufklärungsformular 75
e) Vernehmung des aufklärenden Arztes 75
5. Kein taggenaues Schmerzensgeld 75
6. Keine Aussetzung wegen eines gegen den Arzt geführten Ermittlungs- oder Strafverfahrens 75
7. Fachgebiet des medizinischen Sachverständigen 76
8. Berichtigung des Rubrums bei fehlerhafter Bezeichnung des Krankenhausträgers 76

ANHANG I: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN VERTRAGSARZTRECHT 77

ANHANG II: BSG - ANHÄNGIGE REVISIONEN KRANKENVERSICHERUNG 82

Redaktion

Die Verantwortung für den Inhalt liegt ausschließlich bei der Redaktion.
REDAKTION: Dr. Cornelius Pawlita, Saarlandstraße 29, 35398 Gießen
e-mail: pawlita@web.de;
Telefon: 0641/201 776 oder 06421/1708-34 (SG Marburg);
Telefax: 0641/250 2801.
Die Leserschaft wird um Mithilfe bei der Erstellung des RID durch Einsendung von Urteilen aus der Instanzenpraxis direkt an die Redaktion (oder an die Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V., Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin, Fax:030/4005-1795) gebeten.
Bezug: Der RID kann über die Mitgliedschaft in der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.**, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin (e-mail: gf@dgfkassenarztrecht.de; Tel: 030/4005-1750; PC-Fax:030/4005-27-1750; Fax:030/4005-1795) bezogen werden. Der Jahresbeitrag für natürliche Personen beträgt 60 €. Der RID erscheint viermal im Jahr.
Ältere Ausgaben sind z.T. über die **homepage** der **Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.** verfügbar: **www.dg-kassenarztrecht.de**.
Nachdruck - auch auszugsweise -, Vervielfältigung, Mikrokopie, Einspeicherung in elektronische Datenbanken nur mit Genehmigung der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin.

Editorische Hinweise

Soweit nicht ausdrücklich **"rechtskräftig"** vermerkt ist, kann nicht davon ausgegangen werden, dass Rechtskraft der Entscheidung eingetreten ist. Ggf. muss bei dem jeweiligen Gericht nachgefragt werden; die Angaben beruhen auf www.sozialgerichtsbarkeit.de.

Die Leitsätze unter der Überschrift **"Leitsatz/Leitsätze"** stammen vom jeweiligen Gericht; bei Anfügung eines Zusatzes, z. B. MedR, von der jeweiligen Zeitschrift. Hervorhebungen stammen von der Redaktion. Ansonsten handelt es sich bei den leitsatzähnlichen Einleitungssätzen oder Zusammenfassungen wie bei der gesamten Darstellung um eine Bearbeitung der Redaktion.

Wörtliche Zitate werden durch Anführungszeichen und Seitenbalken gekennzeichnet. Darin enthaltener Fett-/Kursivdruck stammt in der Regel von der Redaktion.

Für ***BSG-Entscheidungen*** gelten folgende Bearbeitungsprinzipien: im Vorspann der einzelnen Kapitel handelt es sich um einen Kurzauszug nach der Pressemitteilung; im Abschnitt "BSG" erscheinen die Entscheidungen i. d. R. mit den Leitsätzen, sobald diese verfügbar sind; im Anhang wird mit Termin vermerkt, dass eine Entscheidung vorliegt; mit Erscheinen im Abschnitt "BSG" wird der Revisionshinweis im Anhang komplett gelöscht.

Die Datenbank **www.sozialgerichtsbarkeit.de** wird hinsichtlich der Abteilungen Vertragsarztrecht und Krankenversicherung (Leistungsrecht) ausgewertet. Diese Ausgabe berücksichtigt die bis zum 16.08.2020 eingestellten Entscheidungen.

A. VERTRAGSARZTRECHT

Nach BSG v. 15.07.2020 - ***B 6 KA 12/19 R*** - ist eine Vergütungsobergrenze allein für Vertragsärzte und angestellte Ärzte, die nicht in Vollzeit tätig sind, mit dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit unvereinbar. Es ist unzulässig, bei Vollzeitärzten erst ab einer Überschreitung der durchschnittlichen Zahl der RLV-relevanten Fälle der jeweiligen Arztgruppe um 150% eine Abstaffelung vorzusehen, während die Abstaffelung bei Ärzten mit „anteiliger Arztstelle“ **sofort bei Überschreitungen der anteiligen Durchschnittsfallzahl** einsetzt. Zudem ist der **Abstaffelungseffekt**, der sich vor allem bei den Ärzten auswirkt, deren Fallzahl im maßgeblichen Vorjahresquartal deutlich überdurchschnittlich war, bei Ärzten mit „anteiliger Arztstelle“ sehr **viel schärfer**, da deren Honoraranforderungen oberhalb der Obergrenze **um 90% vermindert** werden, während die Abstaffelung der Fallwerte bei vollem Versorgungsauftrag in der ersten Stufe nur 25% beträgt. Diese Differenzierung steht mit Bundesrecht nicht in Einklang. Es war nie umstritten, dass die Berechnung von RLV und QZV in der Zeit bis Ende 2012 für Ärzte mit vollem und mit anteiligem Versorgungsauftrag nach denselben Grundsätzen zu erfolgen hatte. Auch hinsichtlich der **Plausibilitätsprüfung nach Tages- und Quartalsprofilen ist durch den Senat geklärt worden, dass beide Gruppen von Ärzten gleich zu behandeln sind**. Soweit eine KV der Auffassung ist, Ärzte weiteten ihre Tätigkeit zu sehr aus, ist sie nach dem seit 2013 geltenden Recht nicht gehindert, darauf im HVM durch **mengenbezogene Abstaffelungsregelungen** deutlich unterhalb der Plausibilitätsgrenzen zu reagieren. Allerdings **muss sie dies für Ärzte mit vollen und mit anteiligen Versorgungsaufträgen in gleicher Weise umsetzen**. Da die Bekl. deutlich gemacht hat, für Ärzte mit vollem Versorgungsauftrag jedenfalls für die Zeit bis zum Beginn des Quartals IV/13, ab dem eine ganz neue Vergütungssystematik gilt, keine Beschränkungen über die Abstaffelungsregelungen im Beschluss des Bewertungsausschusses hinaus einführen zu wollen, ist es hier - anders als in anderen Konstellationen des gleichheitswidrigen Begünstigungsausschlusses - nicht geboten, der Bekl. allein für die Quartale II u. III/13 die Möglichkeit zu einer rückwirkenden Neugestaltung zu geben. Sie muss - wie das SG richtig gesehen hat - das Honorar der Kl. dergestalt berechnen, dass die durch die nur zeitanteilig tätigen Ärzte erwirtschafteten Honorare so berücksichtigt werden, als hätten die ursprünglichen Vorgaben zu den RLV und den QZV für diese Ärzte uneingeschränkt gegolten. Nach BSG, Urt. v. 15.07.2020 - ***B 6 KA 4/20 R*** - gilt dies auch für **Arztgruppen ohne RLV**, bei denen lediglich **Teilzeitärzte** einer **Obergrenze** unterworfen werden. Die **Differenzierung** zwischen beiden Gruppen von Ärzten ist insoweit noch schärfer als bei den dem RLV unterfallenden Arztgruppen, bei denen auch die „Vollzeitärzte“ einer Abstaffelung unterlagen. Dass sich eine Rechtfertigung für diese **Ungleichbehandlung** nicht daraus ergibt, dass bei der Kl. nur angestellte Ärzte und keine Vertragsärzte tätig sind, liegt ebf. - spätestens seit dem Urteil des Senats vom 30.10.2019 - B 6 KA 9/18 R - zur Plausibilitätsprüfung und Vertretungsregelungen im MVZ klar zu Tage.

Nach BSG, Urt. v. 13.05.2020 - ***B 6 KA 10/19 R*** - können grundsätzlich nicht nur die einem RLV, sondern **auch die einem QZV zugeordneten Leistungen die Anerkennung von Praxisbesonderheiten rechtfertigen**. Dies setzt allerdings einen **besonderen Versorgungsauftrag oder eine für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung** im Vergleich mit Praxen voraus, denen dasselbe QZV zusteht. Diese Voraussetzungen sind hier bezogen auf das **QZV für Akupunktur** nicht erfüllt. Die **Fallzahl** der drei Ärzte, die in der klagenden BAG Akupunktur anbieten, entspricht ziemlich genau dem Durchschnitt der Ärzte, die solche Leistungen überhaupt anbieten. Im Übrigen wird das QZV hier **fallzahlabhängig** gebildet, so dass sich Abweichungen bei der Fallzahl in der Höhe des QZV widerspiegeln. Damit käme eine Erweiterung des Budgets für Akupunktur nur in Betracht, wenn der **Bedarf der Patienten**, die in der Praxis der Kl. mit Akupunktur versorgt werden, deutlich vom durchschnittlichen Bedarf der Patienten abweichen würde, die von anderen Orthopäden behandelt werden, denen ebf. das QZV-Akupunktur zusteht. Das ist gerade mit Blick auf das enge Spektrum der vom QZV-Akupunktur umfassten Leistungen (Nr 30790 und 30791 EBM), die jeweils nur zur Diagnostik und Behandlung chronischer Schmerzen von Kniegelenken oder der Lendenwirbelsäule abgerechnet werden dürfen, nicht erkennbar. Damit werden der Kl. keine - wie sie geltend macht - unerfüllbaren Anforderungen an die Begründung von Besonderheiten auferlegt. Selbst wenn kaum eine Konstellation denkbar erschiene, in der eine orthopädische Praxis die Ausweitung des QZV-Akupunktur unter dem Aspekt der Praxisbesonderheiten erreichen könnte, wäre das nicht die Folge überzogener Begründungsanforderungen, sondern des besonders engen Spektrums der in diesem QZV zu erbringenden Leistungen. Nach BSG, Urt. v. 11.12.2019 - ***B 6 KA 10/18 R*** - SozR 4-7610 § 406 Nr. 1 bleibt einer **KZV** die mit der Einstellung von Forderungen gegen den Zahnarzt in das **Kontokorrent** verbundene **Aufrechnungsmöglichkeit** auch dann erhalten, wenn ihre Forderung - z.B. auf Rückzahlung von Honorar nach Richtigstellung - erst **nach Kenntnis einer Abtretung der Honoraransprüche** durch den Vertragszahnarzt entsteht. Das trägt dem Umstand Rechnung, dass die KZV nicht die Möglichkeit hat, einseitig und sofort die Rechtsbeziehungen zu einem Zahnarzt zu beenden, der eine Globalzession seiner Honoraransprüche offenlegt. Eine KZV ist vielmehr verpflichtet, Abschlagszahlungen und Quartalshonorarzahlungen weiterhin zu leisten, solange die Zulassung fortbesteht. Würde ihr die Aufrechnungsmöglichkeit z.B. bei nachträglichen Richtigstellungen, Degressionsabzügen, Regressen aufgrund Wirtschaftlichkeitsprüfung oder Honorarkürzungen bei Verletzung der Fortbildungspflicht genommen, hätte das eine einseitige Freistellung des einzelnen Zahnarztes von den Folgen seines Tuns zu Lasten aller Mitglieder der KZV zur Folge. Das wäre mit den Verpflichtungen nach dem Vierten Kapitel des SGB V nicht vereinbar. Die deshalb erforderliche Modifikation der Regelung in § 406 BGB durch Zuerkennung einer erweiterten Aufrechnungsmöglichkeit gilt **für alle Ansprüche**, die der KZV gegenüber dem Zahnarzt **aus dessen vertragszahnärztlicher Tätigkeit** zustehen. Dazu gehören auch Kostenerstattungsansprüche gegen den Zahnarzt aufgrund von Gerichtsverfahren, die im Zusammenhang mit der vertragszahnärztlichen Tätigkeit angefallen sind. Für **Ansprüche**, die **nicht durch die Besonderheiten des vertragszahnärztlichen Abrechnungssystems geprägt** sind, wie hier für Ansprüche auf Vertragsstrafen, verbleibt es dagegen bei den allgemeinen Regeln.

I. Honorarverteilung

1. RLV/Fallzahlabhängige Abstaffelung: Keine Ausnahme wegen Sehschule

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 18.12.2019 - L 11 KA 78/17 **RID 20-03-1**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Die HVM-Regelungen über die **Abstaffelung**, die den jedenfalls bis 31.12.2011 gültigen Vorgaben im Beschluss des Bewertungsausschusses v. 22.09.2009 Teil F 3.2.1 letzter Satz entsprechen, stehen mit höherrangigem Recht, insb. mit den seit 2012 geltenden, vergleichsweise minimalen gesetzlichen Vorgaben in Einklang. Ein Verstoß gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit liegt nicht vor.
Für **fachgruppentypische Leistungen** kann keine Ausnahmeregelung zum RLV bewilligt werden.

Der kl. Facharzt für Augenheilkunde begehrte unter Hinweis auf die von ihm vorgehaltene Sehschule, die dazu führe, dass er ca. 4.000 Fälle pro Quartal behandele, während die durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl der Augenärzte bei knapp 1.200 Fälle liege, eine Ausnahme von der fallzahlbedingten Abstaffelung der Fallwerte bei der Berechnung des RLV für die Quartale ab IV/12. ***SG Düsseldorf***, Urt. v. 16.08.2017 - S 33 KA 51/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

2. Aufschlag von 10 % für BAG: Allgemeinmedizinerin u. psychotherapeutisch tätige Ärztin ohne RLV

LSG Hessen, Urteil v. 27.05.2020 - L 4 KA 63/17 **RID 20-03-2**
SGB V § 87b

Aufgrund von Wortlaut und Binnensystematik der Ziff. II.1.3.1. Satz 2 HVV KV Hessen i.d.F. der 2. Nachtragsvereinbarung vom 13.09.2010 m.W.v. 01.07.2010 ist die Regelung dahingehend auszulegen, dass sie nur zur Anwendung kommt, wenn das praxisbezogene Regelleistungsvolumen aus der **Addition von mindestens zwei arztbezogenen Regelleistungsvolumina** ermittelt wird.

Die Beteiligten streiten um eine Sonderregelung zum RLV u. QZV für die sieben Quartale III/10 bis I/12 und hierbei noch um die Bewilligung eines Aufschlags von 10 % für Berufsausübungsgemeinschaften. Der kl. BAG gehören ein Facharzt für Allgemeinmedizin mit einem ganzen Versorgungsauftrag und eine Fachärztin für Allgemeinmedizin, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig ist, mit einem hälftigen Versorgungsauftrag an. SG Marburg, Gerichtsb. v. 06.11.2017 - S 12 KA 691/16, S 12 KA 37/17 - RID 17-04-6 verpflichtete die Bekl., die Kl. für die Quartale III/10 bis II/11 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden, und wies im Übrigen die Klage ab, das ***LSG*** wies die Klage insgesamt ab.

Parallelverfahren:
LSG Hessen, Urteil v. 27.05.2020 - L 4 KA 64/17 **RID 20-03-3**

3. Humangenetische Leistungen: RLV/Quotierung (KV Hessen, Quartale I u. II/16)

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 17.06.2020 - S 12 KA 160/17, S 12 KA 343/17 **RID 20-03-4**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b

Leitsatz: 1. Die Leistungen nach Nr. 11233 bis 11235 EBM waren in den Quartalen I und II/16 nicht innerhalb des Regelleistungsvolumens zu vergüten.
2. Die Vergütung von humangenetischen Leistungen im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ist in den Quartalen I und II/16 mit den Vorgaben der KBV vereinbar. Auszahlungsquoten für Leistungen der Kapitel 11.3 und 11.4 EBM von 61,0 % (I/16) und 61,1 % (II/16) sind nicht zu beanstanden. Die KV Hessen ist ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht hinreichend nachgekommen (vgl. bereits SG Marburg, Gerichtsb. v. 01.10.2019 - S 12 KA 833/16 - juris, RID 19-04-11, rechtskräftig).

Das ***SG*** wies die Klage ab.

4. Vergütung neuropsychologischer Leistungen (Quartale I/16 u. III/17)

SG Berlin, Urteil v. 29.07.2020 - S 83 KA 158/19 **RID 20-03-5**

Sprungrevision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87; GG Art. 3

Leitsatz: Zur unterschiedlichen **Vergütung** der **neuropsychologischen Leistungen** (GOP 30932 EBM) im Vergleich zu den Leistungen nach Kapitel 35.2. EBM.

Die Beteiligten streiten über die Höhe der Vergütung neuropsychologischer Leistungen in den Quartalen I/16 u. III/17. Konkret geht es um die Höhe der Bewertung der GOP 30932 EBM (neuropsychologische Einzelbehandlung) sowie die Berücksichtigung neuropsychologischer Leistungen beim sog. Strukturzuschlag (für das Quartal I/16 GOP 35251 EBM, für das Quartal III/17 GOP 35571 EBM). Die Kl. nimmt seit dem 01.10.2013 im Rahmen einer Sonderbedarfszulassung als Psychologische Psychotherapeutin an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teil. Sie ist ausschließlich berechtigt, Leistungen der neuropsychologischen Therapie gemäß Abschnitt 30.11 EBM zu erbringen und abzurechnen. Das ***SG*** verurteilte die Bekl., das Honorar der Kl. für das Quartal III/17 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu festzusetzen, und wies im Übrigen die Klage ab.

Nach dem SG ist die Bewertung der GOP 30932 EBM mit 819 Punkten im Quartal II/16 ebs. wie die Nichteinbeziehung der neuropsychologischen Leistungen in das System der Strukturzuschläge nicht zu beanstanden. Die Tatsache, dass es sich bei den Leistungen der Neuropsychologie um psychotherapeutische Leistungen handelt, bedeutet noch nicht, dass sie „aufgrund der Besonderheiten der psychotherapeutischen Leistungserbringung“ (BT-Drucks 16/4247, S. 39) nach Maßgabe des § 87 IIc 6 (jetzt: S. 7) SGB V und gleich wie die Richtlinienverfahren zu vergüten sind. Der Bewertungsausschuss hält sich auch dann noch im Rahmen seiner ihm zustehenden Gestaltungsfreiheit, wenn er sich bei der Förderung psychotherapeutischer Leistungen auf die Leistungen beschränkt, die sowohl zeitgebunden als auch genehmigungsbedürftig sind (vgl. BSG, Urt. v. 11.10.2017 - B 6 KA 37/17 R - BSGE 124, 218 = SozR 4-2500 § 87 Nr. 35, juris Rn. 61).

Die Bewertung der GOP 30932 EBM sowie die Nichteinbeziehung der neuropsychologischen Leistungen in das System der Strukturzuschläge im Quartal III/17 (GOP 35571 EBM) verstößt gegen Art. 3 I GG und ist damit rechtswidrig. Seit dem 01.04.2017 stützt sich der Bewertungsausschuss nicht mehr auf das Unterscheidungsmerkmal der Genehmigungsbedürftigkeit. Die Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunde und der psychotherapeutischen Akutbehandlung werden bei der Berechnung der Strukturzuschläge berücksichtigt. Dieses Vorgehen ist von seiner Gestaltungsfreiheit umfasst. Damit kann er sich jedoch hinsichtlich der neuropsychologischen Leistungen nicht mehr auf die fehlende Genehmigungsbedürftigkeit für eine im Vergleich zu den Leistungen nach Kapitel 35.2 EBM wesentlich geringere Vergütung berufen. Mit Wirkung zum 01.01.2019 hat der Bewertungsausschuss die Ungleichbehandlung behoben. Mit Beschluss vom 23.04.2019 hat er die Bewertung der GOP 30932 EBM an die der GOP 35150 EBM angepasst. Zudem wurde die GOP 30932 EBM bei der Berechnung des Strukturzuschlages nach GOP 35571 EBM berücksichtigt. Angesichts der bestehenden nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung in Bezug auf Leistungen nach dem Kapitel 35.2 EBM und die anderen (ebf. nicht genehmigungsbedürftigen) Leistungen hätte dies aber schon zum 01.04.2017 erfolgen müssen.

5. Honorarabschlag nach Abtretung: Unterscheidung zwischen GbR und Gesellschafter

SG München, Beschluss v. 19.05.2020 - S 38 KA 101/20 ER **RID 20-03-6**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 87b; SGG § 86b II; BGB § 409

Leitsatz: I. Sind **natürliche Personen** mit den **Gesellschaftern einer GbR** identisch, die vertragsärztlich zugelassen ist und die Honoraransprüche gegen die Kassenärztliche Vereinigung hat, werden von **Forderungsabtretungen** der natürlichen Personen die Honoraransprüche der GbR grundsätzlich nicht erfasst, soweit sich aus dem Abtretungsvertrag nicht ausdrücklich etwas anderes ergibt.

II. Die GbR muss die Abtretung nach Anzeige nicht gegen sich gelten lassen (§ 409 BGB).

Die Ast. ist nach ihrem Vortrag eine GbR, bestehend aus den Gesellschaftern Herr Dr. V. und Frau V. Über das Vermögen der beiden Gesellschafter (Dr. V. und Frau V.) ist mit Beschluss des Amtsgerichts am 18.12.2019 ein Insolvenzverfahren in Eigenverwaltung eröffnet worden. Die Praxis-GbR sei aber von dem Insolvenzverfahren selbst nicht betroffen. Die beiden Gesellschafter - natürliche Personen - hätten als Sicherheit von an sie ausgezahlten Darlehen die unter I.2. in den Abtretungsvereinbarungen vom Juni 2017 genannten Ansprüche an die apo-Bank abgetreten, Über den Inhalt der Abtretung besteht zwischen der Ast. einerseits und der Bank und der Ag. andererseits Uneinigkeit. Die Ag. habe nunmehr mitgeteilt, es sei beabsichtigt, die Gelder beim zuständigen Amtsgericht zu hinterlegen, bis eine rechtskräftige Klärung vorliege. Das ***SG*** verpflichtete die Ag., zusätzlich zu den für März 2020 bereits gewährten Abschlagszahlungen und zusätzlich zu den bereits gewährten Restzahlungen für das Quartal IV/19 jeweils 3.000 €nachzuzahlen und ferner, die Honoraransprüche

an die Ast. aus deren kassenärztlicher Tätigkeit für die folgenden Monate (Abschläge) und ebenso die Quartalsabrechnungen (Restzahlungen) künftig fristgerecht und ungekürzt auszuzahlen.

6. Weiterer Antrag wegen Praxisbesonderheit als Härteantrag/Honorardurchschnitt

LSG Hamburg, Urteil v. 21.11.2019 - L 5 KA 25/17 **RID 20-03-7**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 85b

Die von der Kl. geltend gemachte **Praxisbesonderheit** kann grds. nicht im Rahmen der **Anfechtung des Honorarbescheides** angegriffen werden, sondern es bedarf für deren Anerkennung eines Antrages, über den dann im eigenständigen Verwaltungs- und ggf. Gerichtsverfahren zu entscheiden ist. Eine sich daraus ergebende Korrektur nimmt die Bekl. unabhängig von einer evtl. inzwischen eingetretenen Bestandskraft des Honorarbescheides an diesem stets vor. Liegt ein bestandskräftiger Bescheid vor, dann kann in diesem Zusammenhang eine Praxisbesonderheit keine Rolle spielen. Ein weiterer Antrag ist als ein Antrag nach § 19 I HVM KV Hamburg zu verstehen, der eine Anpassung des individuellen Leistungsbudgets (ILB) u.a. „aus Gründen der Sicherstellung“ ermöglicht.
Wenn man davon ausgeht, dass mit der **Berücksichtigung einer Härte** im weiten Sinne die Möglichkeit einer wirtschaftlichen Teilnahme an der Versorgung möglich gemacht werden soll, insb. um eine spezialmedizinische Versorgung den Versicherten anbieten zu können, dann wird man dieses Ziel als erreicht ansehen können, wenn der **Honorardurchschnitt der Arztgruppe** erreicht wird.

Die Beteiligten streiten um die Honorarabrechnung für das Quartal IV/13. ***SG Hamburg***, Urt. v. 19.07.2017 - S 27 KA 175/14 - wies die Klage des MVZ. in dem Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugenddiabetologie und -endokrinologie sowie Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig sind, ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

II. Sachlich-rechnerische Berichtigung

Nach BSG v. 15.07.2020 - ***B 6 KA 12/19 R*** - ist eine Vergütungsobergrenze allein für Vertragsärzte und angestellte Ärzte, die nicht in Vollzeit tätig sind, mit dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit unvereinbar. Es ist unzulässig, bei Vollzeitärzten erst ab einer Überschreitung der durchschnittlichen Zahl der RLV-relevanten Fälle der jeweiligen Arztgruppe um 150% eine Abstaffelung vorzusehen, während die Abstaffelung bei Ärzten mit „anteiliger Arztstelle“ **sofort bei Überschreitungen der anteiligen Durchschnittsfallzahl** einsetzt. Zudem ist der **Abstaffelungseffekt**, der sich vor allem bei den Ärzten auswirkt, deren Fallzahl im maßgeblichen Vorjahresquartal deutlich überdurchschnittlich war, bei Ärzten mit „anteiliger Arztstelle“ sehr **viel schärfer**, da deren Honoraranforderungen oberhalb der Obergrenze **um 90% vermindert** werden, während die Abstaffelung der Fallwerte bei vollem Versorgungsauftrag in der ersten Stufe nur 25% beträgt. Diese Differenzierung steht mit Bundesrecht nicht in Einklang. Es war nie umstritten, dass die Berechnung von RLV und QZV in der Zeit bis Ende 2012 für Ärzte mit vollem und mit anteiligem Versorgungsauftrag nach denselben Grundsätzen zu erfolgen hatte. Auch hinsichtlich der **Plausibilitätsprüfung nach Tages- und Quartalsprofilen ist durch den Senat geklärt worden, dass beide Gruppen von Ärzten gleich zu behandeln sind**. Soweit eine KV der Auffassung ist, Ärzte weiteten ihre Tätigkeit zu sehr aus, ist sie nach dem seit 2013 geltenden Recht nicht gehindert, darauf im HVM durch **mengenbezogene Abstaffelungsregelungen** deutlich unterhalb der Plausibilitätsgrenzen zu reagieren. Allerdings **muss sie dies für Ärzte mit vollen und mit anteiligen Versorgungsaufträgen in gleicher Weise umsetzen**. Da die Bekl. deutlich gemacht hat, für Ärzte mit vollem Versorgungsauftrag jedenfalls für die Zeit bis zum Beginn des Quartals IV/13, ab dem eine ganz neue Vergütungssystematik gilt, keine Beschränkungen über die Abstaffelungsregelungen im Beschluss des Bewertungsausschusses hinaus einführen zu wollen, ist es hier - anders als in anderen Konstellationen des gleichheitswidrigen Begünstigungsausschlusses - nicht geboten, der Bekl. allein für die Quartale II u. III/13 die Möglichkeit zu einer rückwirkenden Neugestaltung zu geben. Sie muss - wie das SG richtig gesehen hat - das Honorar der Kl. dergestalt berechnen, dass die durch die nur zeitanteilig tätigen Ärzte erwirtschafteten Honorare so berücksichtigt werden, als hätten die ursprünglichen Vorgaben zu den RLV und den QZV für diese Ärzte uneingeschränkt gegolten. Nach BSG, Urt. v. 15.07.2020 - ***B 6 KA 4/20 R*** - gilt dies auch für **Arztgruppen ohne RLV**, bei denen lediglich **Teilzeitärzte** einer **Obergrenze** unterworfen werden. Die **Differenzierung** zwischen beiden Gruppen von Ärzten ist insoweit noch schärfer als bei den dem RLV unterfallenden Arztgruppen, bei denen auch die „Vollzeitärzte“ einer Abstaffelung unterlagen. Dass sich eine Rechtfertigung für diese **Ungleichbehandlung** nicht daraus ergibt, dass bei der Kl. nur angestellte Ärzte und keine Vertragsärzte tätig sind, liegt ebf. - spätestens seit dem Urteil des Senats vom 30.10.2019 - B 6 KA 9/18 R - zur Plausibilitätsprüfung und Vertretungsregelungen im MVZ klar zu Tage.

Nach BSG, Urt. v. 13.05.2020 - ***B 6 KA 10/19 R*** - können grundsätzlich nicht nur die einem RLV, sondern **auch die einem QZV zugeordneten Leistungen die Anerkennung von Praxisbesonderheiten rechtfertigen**. Dies setzt allerdings einen **besonderen Versorgungsauftrag oder eine für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung** im Vergleich mit Praxen voraus, denen dasselbe QZV zusteht. Diese Voraussetzungen sind hier bezogen auf das **QZV für Akupunktur** nicht erfüllt. Die **Fallzahl** der drei Ärzte, die in der klagenden BAG Akupunktur anbieten, entspricht ziemlich genau dem Durchschnitt der Ärzte, die solche Leistungen überhaupt anbieten. Im Übrigen wird das QZV hier **fallzahlabhängig** gebildet, so dass sich Abweichungen bei der Fallzahl in der Höhe des QZV widerspiegeln. Damit käme eine Erweiterung des Budgets

für Akupunktur nur in Betracht, wenn der **Bedarf der Patienten**, die in der Praxis der Kl. mit Akupunktur versorgt werden, deutlich vom durchschnittlichen Bedarf der Patienten abweichen würde, die von anderen Orthopäden behandelt werden, denen ebf. das QZV-Akupunktur zusteht. Das ist gerade mit Blick auf das enge Spektrum der vom QZV-Akupunktur umfassten Leistungen (Nr 30790 und 30791 EBM), die jeweils nur zur Diagnostik und Behandlung chronischer Schmerzen von Kniegelenken oder der Lendenwirbelsäule abgerechnet werden dürfen, nicht erkennbar. Damit werden der Kl. keine - wie sie geltend macht - unerfüllbaren Anforderungen an die Begründung von Besonderheiten auferlegt. Selbst wenn kaum eine Konstellation denkbar erschiene, in der eine orthopädische Praxis die Ausweitung des QZV-Akupunktur unter dem Aspekt der Praxisbesonderheiten erreichen könnte, wäre das nicht die Folge überzogener Begründungsanforderungen, sondern des besonders engen Spektrums der in diesem QZV zu erbringenden Leistungen. Nach BSG, Urt. v. 11.12.2019 - ***B 6 KA 10/18 R*** - SozR 4-7610 § 406 Nr. 1 bleibt einer **KZV** die mit der Einstellung von Forderungen gegen den Zahnarzt in das **Kontokorrent** verbundene **Aufrechnungsmöglichkeit** auch dann erhalten, wenn ihre Forderung - z.B. auf Rückzahlung von Honorar nach Richtigstellung - erst **nach Kenntnis einer Abtretung der Honoraransprüche** durch den Vertragszahnarzt entsteht. Das trägt dem Umstand Rechnung, dass die KZV nicht die Möglichkeit hat, einseitig und sofort die Rechtsbeziehungen zu einem Zahnarzt zu beenden, der eine Globalzession seiner Honoraransprüche offenlegt. Eine KZV ist vielmehr verpflichtet, Abschlagszahlungen und Quartalshonorarzahlungen weiterhin zu leisten, solange die Zulassung fortbesteht. Würde ihr die Aufrechnungsmöglichkeit z.B. bei nachträglichen Richtigstellungen, Degressionsabzügen, Regressen aufgrund Wirtschaftlichkeitsprüfung oder Honorarkürzungen bei Verletzung der Fortbildungspflicht genommen, hätte das eine einseitige Freistellung des einzelnen Zahnarztes von den Folgen seines Tuns zu Lasten aller Mitglieder der KZV zur Folge. Das wäre mit den Verpflichtungen nach dem Vierten Kapitel des SGB V nicht vereinbar. Die deshalb erforderliche Modifikation der Regelung in § 406 BGB durch Zuerkennung einer erweiterten Aufrechnungsmöglichkeit gilt **für alle Ansprüche**, die der KZV gegenüber dem Zahnarzt **aus dessen vertragszahnärztlicher Tätigkeit** zustehen. Dazu gehören auch Kostenerstattungsansprüche gegen den Zahnarzt aufgrund von Gerichtsverfahren, die im Zusammenhang mit der vertragszahnärztlichen Tätigkeit angefallen sind. Für **Ansprüche**, die **nicht durch die Besonderheiten des vertragszahnärztlichen Abrechnungssystems geprägt** sind, wie hier für Ansprüche auf Vertragsstrafen, verbleibt es dagegen bei den allgemeinen Regeln.

1. Plausibilitätsprüfung

a) Zeitbezogen: Ermächtigter Arzt/Anordnungsgrund bei drohender Insolvenz

SG München, Beschluss v. 05.06.2020 - S 38 KA 125/20 ER **RID 20-03-8**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106d; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: I. Wenn sich das Leistungsangebot und der Leistungsumfang eines zur vertragsärztlichen Versorgung **ermächtigten Arztes** deutlich von dem anderer zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigter Ärzte unterscheiden, erscheint es unbillig, bei **Plausibilitätsprüfungen** auf das Quartalsprofil der ermächtigten Ärzte von 156 Stunden abzustellen.
II. Aus dem Umstand, dass die Kassenärztliche Vereinigung über einen längeren Zeitraum die Abrechnung bestimmter Leistungen nicht beanstandet hat, erwächst kein Recht und kein **Vertrauensschutz**, auch in Zukunft entsprechend abrechnen zu dürfen (BSG, Urt. v. 02.03.1996 - 6 RKa 34/95 - SozR 3-2500 § 95 Nr. 9; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 16.03.2016 - L 5 KA 169/14 - RID 16-02-7). Dies gilt erst Recht, wenn die Abrechnung eines Praxisvorgängers über längere Zeit unbeanstandet blieb.
III. Es entsteht auch kein **Vertrauensschutz** dadurch, dass die Kassenärztliche Vereinigung im Zusammenhang mit der Zulassung/Ermächtigung um die Kalkulationsgrundlage wusste.
IV. Das im Rahmen des **Anordnungsgrundes** bestehende öffentliche Interesse, dass Honorar, welches zu Unrecht an Leistungserbringer ausgezahlt wurde, zurückgefordert wird und dann wieder zur Honorarverteilung zur Verfügung steht, kann durch andere öffentliche Belange (z. B. besonderes Versorgungsangebot) „neutralisiert“ werden.
V. Das **Angebot einer Stundung/Ratenzahlung**, von dem der antragstellende Arzt keinen Gebrauch macht, führt nicht dazu, dass die Unbilligkeit der Rückforderung entfällt. Dies gilt insbesondere dann, wenn wegen einem Naturereignis oder einer weltweiten Gesundheitskrise (hier: Corona-Pandemie) damit zu rechnen ist, dass eine Rückzahlung bedingt dadurch über einen längeren Zeitraum nicht möglich ist.

Der Ast., Facharzt für Neurologie, übernahm 2013 eine im Jahr 1996 gegründete ambulante Reha-Einrichtung. Er ist deren ärztlicher Leiter. In der Einrichtung werden im Sinne einer Tagesklinik für neurologische Komplexbehandlung & Nachsorge ausschließlich Patienten mit Schlaganfällen und erworbenen Hirnschäden behandelt. Der Ast. beschäftigt 24 Mitarbeiter, darunter Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten, Neuro-Psychologen und Sozialpädagogen. Er ist zur Erbringung u.a. von Leistungen nach Nr. 16220 u. 16222 EBM ermächtigt. In dem angefochtenen Bescheid vom 06.05.2020 wurden aufgrund einer zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung die Honorarbescheide für die Quartale IV/15 bis IV/18 zurückgenommen, soweit sie den Honoraranspruch für die Nr. 16220 EBM betrafen, und Honorar in Höhe von 221.446,18 €

zurückgefordert. Das ***SG*** ordnete die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs gegen den Bescheid der Ag. v. 06.05.2020 nach § 86b I 1 Nr. 2 SGG an. Es ging u.a. davon aus, dass die Leistungslegende der Nr. 16220 EBM nicht erfüllt ist, wenn der Ansatz auch für Therapiestunden nichtärztlichen Personals erfolgt. Ein Arzt ist verpflichtet, die von ihm erbrachten Leistungen zu dokumentieren. Fehlt eine solche Dokumentation und kann ein Nachweis vom Arzt nicht geführt werden, gelten die Leistungen als nicht erbracht.

b) Patientenbezogen: Schätzungsermessen und gegenseitige Vertretung

LSG Hessen, Urteil v. 27.05.2020 - L 4 KA 24/18 **RID 20-03-9**
SGB V a.F. § 106a

Der **Grenzwert von 20% Patientenidentität** (bei versorgungsbereichsidentischen Praxen) dient als Aufgreifkriterium im Rahmen der Plausibilitätsprüfung bei Praxisgemeinschaften und betrifft damit die **Tatbestandsseite** der Auffälligkeitsprüfung, während die Ausübung des **Schätzungsermessens** die **Rechtsfolgenseite** betrifft, mithin die Ermittlung der Höhe der Honorarkürzung als Rechtsfolge der Implausibilität der Abrechnung. Damit hat die 20%-Grenze zunächst nur die Funktion, den Zugang zur Prüfung der Auffälligkeit zu eröffnen. Bis zur Höhe dieses normativ festgelegten Wertes von 20% (bei versorgungsbereichsidentischen Praxen) sind Honorarkürzungen aber auch bei pauschalierender Berechnung nach LSG Hessen, Urt. v. 30.11.2016 - L 4 KA 22/14 - juris Rn. 59, grundsätzlich ermessensfehlerfrei. Da indessen eine Überschneidungsquote bei Praxisgemeinschaften von bis 15% in der Literatur als noch normgerecht erachtet wird und erst ab der Höhe des Grenzwertes - normativ - eine Implausibilität vermutet werden kann, so dass allein pauschalierende Erwägungen zur Begründung des Kürzungsermessens nicht ausreichend sind, wenn der Grenzwert unterschritten wird. Nach der Senatsrechtsprechung (aaO.) reicht es indessen aus, wenn die KV in ihre Ermessenserwägungen die Größenordnung der gegenseitigen Vertretung von unter 10% im Fachgruppendurchschnitt in Hessen einstellt.
Es kann offen bleiben, ob und wie das **Fehlen eines organisierten Bereitschaftsdienstes** im Rahmen der Schätzung der Rückforderung zu berücksichtigen ist, wenn ein organisierter Bereitschaftsdienst existiert.

Die Beteiligten streiten um Honorarrückforderungen in Höhe von 69.742,17 € aufgrund von patientenbezogenen Plausibilitätsprüfungen der Honorarabrechnungen der neun Quartale I/13 bis I/15, die die Bekl. insb. mit Hilfe eines Praxisabgleichs innerhalb der Praxisgemeinschaft des Klägers mit einem weiteren Hausarzt mit einem Anteil gemeinsamer Patienten von 41,39 % bis 62,51 % durchgeführt hat. ***SG Marburg***, Urt. v. 11.04.2018 - S 12 KA 34/17 - RID 18-02-16 hob den angefochtenen Bescheid insoweit auf, als eine höhere Honorarkürzung für das Quartale I/13 von mehr als 4.053,00 €, II/13 mehr als 1.766,98 €, III/13 mehr als 3.236,35 € und IV/13 mehr als 4.701,12 € festgesetzt wird. Im Übrigen wies es die Klage ab. Das ***LSG*** wies die Klage insgesamt ab.

2. Fortbildungsverpflichtung

a) Wechsel des Fachgebiets während des Fünfjahreszeitraums

LSG Bayern, Urteil v. 16.01.2019 - L 12 KA 11/18 **RID 20-03-10**
Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 6 KA 9/20 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 95d

Eine Erfüllung der Fortbildungspflicht **„auf Vorrat“** für den nächsten Fünfjahreszeitraum sieht das Gesetz nicht vor.
Persönliche Lebensumstände wie etwa Erkrankung oder hohe Belastungen sind für die Beurteilung, ob die Voraussetzungen für die Honorarkürzung aufgrund der Verletzung der Fortbildungsverpflichtung vorliegen, ohne Belang.
Ein **Wechsel des Fachgebiets** (hier: vom Anästhesisten zum Allgemeinarzt) während eines Fünfjahreszeitraums ist **unerheblich**. Denn das Gesetz knüpft in § 95d Abs. 3 Satz 1 SGB V die Voraussetzungen der Honorarkürzung wegen Verletzung der Fortbildungspflicht nicht an ein bestimmtes Zulassungsgebiet, sondern lediglich an den Status als Vertragsarzt („Ein Vertragsarzt“). Auch § 1 Abs. 6 FortbRL-Ä stellt auf die Zulassung als solche und damit den Status als Vertragsarzt und nicht auf ein bestimmtes Zulassungsgebiet ab.

Der Kl. ist seit 01.02.2002 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, bis zum 30.06.2014 als Facharzt für Anästhesiologie, ab dem 01.07.2014 als Facharzt für Allgemeinmedizin. Mit Honorarbescheid vom Mai 2015 kürzte die Bekl. sein Honorar für das Quartal IV/14 um 10 % (7.753,09 €) mit der Begründung, dass er seine Pflicht zur fachlichen Fortbildung nach § 95d SGB V verletzt habe. Die Frist von fünf Jahren, innerhalb der der Kläger die Fortbildungsnachweise einzureichen habe, sei am 30.06.2014 abgelaufen, der Kl. habe die Fortbildungsnachweise jedoch erst am 15.06.2015 vorgelegt. Im Vorfeld der Honorarkürzung hatte die Beklagte den Kläger wiederholt an die sozialrechtliche Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erinnert (Schreiben vom 31.07.2013, 05.02.2014, 11.04.2014 und 05.06.2014). ***SG München***, Urt. v. 28.02.2018 - S 20 KA 266/16 - gab der Klage statt, das ***LSG*** wies die Klage ab.

Für den Fall des Verzichts auf eine Zulassung und eine spätere Neuzulassung hat die KBV in § 1 Abs. 6 der Regelung (i.d.F.v. 16.09.2004, geändert durch Beschl. v. 31.03.2009; unverändert in der jetzt geltenden Fassung vom 16.09.2016) Folgendes geregelt: "(6) Verzichtet ein Vertragsarzt oder ein Vertragspsychotherapeut auf seine Zulassung und beantragt diese zu einem späteren Zeitpunkt erneut, so wird der 5-Jahreszeitraum für die Zeit der Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit unterbrochen."

b) Nachweis durch Vorlage des Fortbildungszertifikats der Ärztekammer

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 10.01.2020 - L 11 KA 25/18 **RID 20-03-11**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 95d

Auf der Grundlage von § 95d VI 2 SGB V hat die KBV in ihrer Regelung zur Fortbildung (hier: v. 09.12.2004) in § 2 I bestimmt, dass die Fortbildung ohne Prüfung durch die KV nachgewiesen ist, wenn der Vertragsarzt sie durch ein **Fortbildungszertifikat der Ärztekammer nachweist**. Nur wenn der Nachweis durch ein solches Zertifikat nicht geführt werden kann, kommt die Einreichung von **Einzelnachweisen** in Betracht (§ 2 II). Durch den Verweis dieser Bestimmung auf § 3 der Regelung ist klargestellt, dass die Unmöglichkeit des Nachweises durch ein Zertifikat der Ärztekammer nur dann in Betracht kommt, wenn die Ärztekammer ein solches Zertifikat (prinzipiell) nicht ausstellt, nicht, wenn der Vertragsarzt es sich nicht **rechtzeitig ausstellen** ließ.

Die Frist nach § 95d III 3 SGB V ist eine **gesetzliche Ausschlussfrist**. Eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand ist ausgeschlossen (LSG Bayern, Urt. v. 11.03.2015 - L 12 KA 56/14 - RID 16-01-59).

Die Kl. ist seit 1993 als Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Wegen verspäteter Vorlage des Fortbildungsnachweises kürzte die Bekl. das Honorar der Kl. für die Quartale III u. IV/14 um jeweils 10 %. Es ergaben sich Kürzungsbeträge i.H.v. 4.435,02 € und 4.127,89 €, die sie später geringfügig reduzierte. ***SG Dortmund***, Urt. v. 21.02.2018 - S 16 KA 29/16 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück. ***BSG***, Beschl. v. 25.06.2020 - B 6 KA 1/20 B - wies die Nichtzulassungsbeschwerde zurück.

3. Antrag einer Krankenkasse: Vorverfahren/Fristen/Bagatellgrenze

LSG Bayern, Urteil v. 12.02.2020 - L 12 KA 1/19 **RID 20-03-12**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106d

Leitsatz: 1. Die spezialgesetzliche **Regelungskompetenz** des § 106a Abs. 5 und 6 SGB V hat zur Folge, dass die auf der bisherigen Generalermächtigung des § 83 Abs. 1 SGB V beruhenden Regelungen in die spezialgesetzlich vorgesehenen Normwerke zu transformieren sind (vgl. BSG, Urteil v. 23.03.2016, - B 6 KA 8/15 R - SozR 4-2500 § 106a Nr. 15).

2. Sowohl bei der **Antragsfrist** nach § 13 Abs. 1 GesamtV-Ärzte/EK als auch nach der des § 18 Abs. 4 Nr. 8 der zum 11.05.2019 in Kraft getretenen Abrechnungsprüfungsrichtlinien gem. § 106d Abs. 6 SGB V handelt es sich um eine **Ordnungs-** und nicht um eine **Ausschlussfrist**.

3. Die **Bagatellgrenze** des § 13 Abs. 2 GesamtV-Ärzte/EK findet in den streitigen Quartalen mangels Transformation in das spezialgesetzliche Normengefüge keine Anwendung.

SG München, Urt. v. 02.10.2018 - S 38 KA 301/16 - RID 19-01-14 verurteilte die bekl. KV, über das Korrekturbegehren der kl. Ersatzkasse auf sachlich-rechnerische Richtigstellung wegen fehlender Leistungspflicht unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Das ***LSG*** wies die Berufung der Bekl. zurück.

III. Notdienst/Telematikinfrastruktur/Hochschulambulanz

Nach BSG, Urt. v. 15.07.2020 - ***B 6 KA 19/19 R*** - steht einer Erteilung der **Genehmigung** zur Durchführung und Abrechnung **sonographischer Leistungen** für einen **Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin** nicht der Gesichtspunkt der **Fachfremdheit** entgegen. Grundsätzlich ist zwischen der Erteilung von Fachkundegenehmigungen im Anwendungsbereich des § 135 II SGB V und der Beurteilung, ob bestimmte Leistungen für einen Arzt fachfremd sind, zu unterscheiden. Nur dann, wenn von vornherein ausgeschlossen werden kann, dass bestimmte fachübergreifende Leistungen von dem Arzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden können, sind Fachkundegenehmigungen nicht zu erteilen. Ein solcher Ausnahmefall kommt nach der Rechtsprechung des Senats jedenfalls **nur bei rein methodenbezogenen Fachgebieten** (Radiologie, Nuklearmedizin, Laboratoriumsmedizin, Pathologie) in Betracht. Bei **organbezogenen Fächern** (z.B. Gynäkologie) kann kaum ausgeschlossen werden, dass Leistungen wie die Sonographie, die in den meisten organbezogenen Fächern eingesetzt wird, zumindest in einzelnen Behandlungsfällen dem jeweiligen Fachgebiet zuzuordnen sind. Das **Fachgebiet der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin** ist zwar nicht rein organ-, aber auch nicht rein methodenbezogen. Insoweit kann nicht ausgeschlossen werden, dass sonographische Leistungen in besonderen Konstellationen vom Kl. erbracht werden können. Dies gilt auch deshalb, weil die **Musterweiterbildungsordnung** des Deutschen Ärztetages in der Fassung des Jahres 2018 die Sonographie der Bewegungsorgane zu den Handlungskompetenzen zählt, die in der Weiterbildung auf diesem Gebiet erworben werden sollen. Diese Fassung der MWBO ist inzwischen in den meisten Kammerbezirken umgesetzt worden, wie es der Zielsetzung der MWBO entspricht.

Nach BSG, Urt. v. 12.02.2020 - ***B 6 KA 1/19 R*** - SozR 4-5525 § 32 Nr. 3 dürfen in einem MVZ, in dem nur ein Vertragsarzt (als zahnärztlicher Leiter) und im Übrigen nur angestellte Zahnärzte tätig sind, mehr als ein Vorbereitungsassistent beschäftigt werden. Zwar ist § 32 II 1 i.V.m. § 3 III Zahnärzte-ZV so zu verstehen, dass ein in Einzelpraxis tätiger **Vertragszahnarzt nicht mehr als einen Vorbereitungsassistenten zeitgleich** beschäftigen darf. Daraus folgt aber nicht, dass auch in einem MVZ unabhängig von dessen Größe höchstens ein Vorbereitungsassistent beschäftigt werden dürfte. Bereits in einer aus mehreren Zahnärzten bestehenden BAG darf **für jeden Vertragszahnarzt** mit voller Zulassung ein Vorbereitungsassistent beschäftigt werden. Bei der **gebotenen entsprechenden Anwendung dieser Grundsätze auf MVZ** hat das entgegen der Auffassung des SG zur Folge, dass die Zahl der Vorbereitungsassistenten, die in dem MVZ tätig werden dürfen, davon abhängt, **wie viele Versorgungsaufträge durch das MVZ erfüllt werden**. Dabei kommt es nicht darauf an, ob der ärztliche Leiter des MVZ angestellter Zahnarzt oder Vertragszahnarzt ist oder ob das MVZ seine Versorgungsaufträge im Übrigen durch Vertragszahnärzte oder durch angestellte Zahnärzte erfüllt. Diese Grundsätze gelten im Übrigen auch, wenn mehrere Versorgungsaufträge in der Weise wahrgenommen werden, dass Zahnärzte als Angestellte bei einer BAG oder einem Vertragszahnarzt tätig werden. Allerdings erschiene es aus Sicht des Senats sinnvoll, **dass personelle und strukturelle Anforderungen als Voraussetzung für die Beschäftigung von Vorbereitungsassistenten formuliert werden. Bisher fehlt es dafür aber bereits an einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage**; vom **Vorstand einer KZV** können solche die Berufsausübung betreffenden Vorgaben nicht wirksam durch Beschluss geregelt werden.

1. Notdienst

a) Befreiung vom Notdienst wegen schwerwiegender Erkrankung

SG München, Beschluss v. 22.05.2020 - S 38 KA 114/20 ER **RID 20-03-13**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 73 II, 75 I

Leitsatz: Zur **vollständigen Befreiung** eines Vertragsarztes von der Teilnahme am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst nach § 14 BDO-KVB, der an einem **schweren Immundefekt** leidet.

Der Ast. ist seit 1998 als Allgemeinarzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er macht u.a. geltend, bei ihm sei ein seltener Gendefekt mit schwerwiegenden Schäden des Immunsystems mit stark erhöhter Infektanfälligkeit diagnostiziert worden. Professor Dr. B. habe ihm bestätigt, er könne aufgrund eines schwerwiegenden humoralen und zellulären Immundefekts und der damit zusammenhängenden fehlenden körperlichen Belastbarkeit bei sehr häufigen Infektionen und insb. wegen der im Notdienst unkalkulierbaren Infektionsgefährdung nicht an dem ärztlichen Notdienst teilnehmen. Die Erkrankung verlaufe nun schon seit mehreren Jahren chronisch progredient und es gebe aktuell keine realistische Aussicht auf Besserung. Wegen seines Gesundheitszustandes sei er nicht mehr in der Lage, infektiöse Patienten zu behandeln, weshalb er seit 2012 Kollegen angestellt habe, die diese Aufgaben für ihn übernähmen. Die Ag. wies darauf hin, sie habe dem Antrag auf Befreiung vom Bereitschaftsdienst teilweise stattgegeben (Reduktion auf den Sitzdienst; 30 Sitzdienststunden). Das ***SG*** befreite den Ast. mit sofortiger Wirkung bis zum Erlass einer erstinstanzlichen Entscheidung des SG München, längstens aber bis zum 31.12.2020 von der Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst vollständig, und wies im Übrigen den Antrag ab. Nach dem SG ist konkret das Interesse des Ast., **nicht einem deutlich erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt** zu sein, mit den anderen Interessen abzuwägen. Es handle sich allerdings um ein **erhebliches Individualinteresse** des Ast., welches in den Abwägungsvorgang einzustellen sei. In dem Zusammenhang könne der Ast. nicht einfach darauf verwiesen werde, er habe mehrere Möglichkeiten, seine mit dem Bereitschaftsdienst verbundenen Belastungen zu reduzieren (Schließung der Praxis vor und nach dem Bereitschaftsdienst; Reduktion der Zulassung verbunden mit einer geringeren Verpflichtung zum Bereitschaftsdienst; Rückgriff auf den sog. Bereitschaftsdienstpool bzw.

auf in der Praxis angestellte Ärzte). Jedenfalls sei die einstweilige Verfügung zur Abwendung wesentlicher Nachteile notwendig. Die erheblich geschwächte Immunabwehr beim Ast. dürfe nicht unberücksichtigt gelassen werden. Der Ast sei in ungleich größerem Umfang den mit der Pandemie verbundenen Risiken ausgesetzt als ein Arzt, der keine solchen Vorerkrankungen habe.

b) Verpflichtung zum Notdienst in Räumlichkeiten der Bereitschaftsdienstzentrale

SG Marburg, Beschluss v. 20.07.2020 - S 11 KA 279/20 ER **RID 20-03-14**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 75 I 1; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: 1. Die Verpflichtung eines Vertragsarztes, den ärztlichen Bereitschaftsdienst in einer **Bereitschaftsdienstzentrale** mit schlechterer Ausstattung als am eigenen Praxissitz durchführen zu müssen, stellt keine unzumutbare Beeinträchtigung dar.
2. Die Kassenärztliche Vereinigung hat im Rahmen ihrer **Satzungsautonomie** Gestaltungsfreiheit hinsichtlich der Festlegung der gebietsärztlichen Bezirke für den ärztlichen Bereitschaftsdienst.
3. Die Kassenärztliche Vereinigung kann sich auf ein öffentliches Interesse an der **sofortigen Vollziehung** einer angefochtenen Dienstplaneinteilung berufen, wenn andernfalls eine Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes aufgrund von zahlreichen Widersprüchen nicht gewährleistet ist.

Das ***SG*** lehnte den Antrag auf die Gewährung von einstweiligem Rechtsschutz ab.

c) Beteiligung der Privatärzte an Kosten für Ärztlichen Bereitschaftsdienst

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 08.06.2020 - S 12 KA 304/19 **RID 20-03-15**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 75 Ib; HeilberG Hessen § 23 Nr. 2; Bereitschaftsdienstordnung der KV Hessen

Leitsatz: Ein niedergelassener Arzt, der ausschließlich **privatärztlich** tätig ist, kann zur **Kostenbeteiligung** am Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV Hessen herangezogen werden.

Die Beteiligten streiten um die grundsätzliche Kostenbeteiligung am Ärztlichen Bereitschaftsdienst aufgrund ausschließlich privatärztlicher Tätigkeit. Das ***SG*** wies die Klage ab.

d) Rechtsweg: Heranziehung von Privatärzten

aa) Heranziehung einer Privatärztin zum KV-Notdienst: Sozialgerichtsbarkeit

SG Marburg, Beschluss v. 05.06.2020 - S 12 KA 137/20 **RID 20-03-16**
Beschwerde anhängig: LSG Hessen
GVG § 17a III; SGG § 51 I Nr. 2

Der **Rechtsweg zur Sozialgerichtsbarkeit** ist für eine Klage um Zulässigkeit eines Widerspruchs im Rahmen der Frage, ob die Klägerin **als Privatärztin zum Ärztlichen Bereitschaftsdienst** der Kassenärztlichen Vereinigung herangezogen werden kann, zulässig.

Das ***SG*** sah den Rechtsweg zur Sozialgerichtsbarkeit als eröffnet an.

bb) Heranziehung eines Privatarztes zum KV-Notdienst: Verwaltungsrechtsweg

SG Marburg, Beschluss v. 11.05.2020 - S 11 KA 1/20 **RID 20-03-17**
Beschwerde anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 13/20 B -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
GVG § 17a III; SGG § 51 I Nr. 2

Leitsatz: Für den Rechtsstreit zwischen einem sog. **Privatarzt** und einer Kassenärztlichen Vereinigung über die Verpflichtung zur Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst ist der **Verwaltungsrechtsweg** eröffnet.

Das ***SG*** erklärte den Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit für unzulässig und verwies den Rechtsstreit an das Verwaltungsgericht.

cc) Kostenbeteiligung eines Privatarztes am KV-Notdienst: Sozialgerichtsbarkeit

SG Marburg, Beschluss v. 03.06.2020 - S 12 KA 305/19 **RID 20-03-18**
Beschwerde anhängig: LSG Hessen
GVG § 17a III; SGG § 51 I Nr. 2

Der **Rechtsweg zur Sozialgerichtsbarkeit** ist für eine Klage wegen der grundsätzlichen **Kostenbeteiligung** am Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV Hessen aufgrund ausschließlich **privatärztlicher Tätigkeit** eröffnet.

Die Beteiligten streiten um die grundsätzliche Kostenbeteiligung am Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV Hessen aufgrund ausschließlich privatärztlicher Tätigkeit. Das ***SG*** sah den Rechtsweg zur Sozialgerichtsbarkeit als eröffnet an.

dd) Kostenbeteiligung eines Privatarztes am KV-Notdienst: Verwaltungsrechtsweg

SG Marburg, Beschluss v. 15.05.2020 - S 11 KA 300/19 **RID 20-03-19**
Beschwerde anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 15/20 B -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
GVG § 17a III; SGG § 51 I Nr. 2

Leitsatz: 1. Zur **Auslegung einer Klage**, die an ein nicht existentes Gericht adressiert ist.
2. Der Streit über berufsrechtliche Pflichten eines sog. **Privatarztes** stellt keine Angelegenheit der **gesetzlichen Krankenversicherung** dar.
3. Der **Sozialrechtsweg** wird auch nicht durch eine landesrechtliche Regelung eröffnet, die niedergelassene Ärzte verpflichtet, an dem von der Kassenärztlichen Vereinigung organisierten **Ärztlichen Bereitschaftsdienst** teilzunehmen.

Das ***SG*** erklärte den Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit für unzulässig und verwies den Rechtsstreit an das Verwaltungsgericht.

2. Umfang der Kostenerstattung für Ersteinrichtung der Telematikinfrastruktur

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 05.06.2020 - S 12 KA 317/19 **RID 20-03-20**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 291a

Leitsatz: 1. Es besteht kein genereller Anspruch, alle im Zusammenhang mit der Einführung bzw. Veränderung der **Telematikinfrastruktur** entstehenden **Kosten ersetzt** zu erhalten. § 291a SGB V ist eine vollständige Übernahme der tatsächlich entstandenen Kosten nicht zu entnehmen.
2. Die **Pauschalen** müssen nicht kostendeckend im Sinne einer **Vollkostenerstattung** sein. Die in Anlage 2 zur Anlage 32 zum BMV-Ä aufgeführten Pauschalen sind nicht zu beanstanden (vgl. SG München, Beschl. v. 22.03.2019 - S 38 KA 52/19 ER - juris Rdnr. 23).

Die Beteiligten streiten um einen um 2.067,37 € höheren Förderbeitrag für die notwendigen Kosten einer Ersteinrichtung der Telematikinfrastruktur sowie die Pauschalen ab dem Quartal I/18. Das ***SG*** wies die Klage ab.

3. Keine Betriebsstättennummer als Hochschulambulanz für kooperierendes Institut

SG Marburg, Urteil v. 17.06.2020 - S 11 KA 555/17 **RID 20-03-21**
Berufung anhängig: LSG Hessen - L 4 KA 23/20 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 95 I 1, 117 I 1

Leitsatz: Zu den Ambulanzen, Instituten und Abteilungen der **Hochschulkliniken** zählt nicht eine **selbständige, ärztlich geleitete Einrichtung in freier Trägerschaft**, wenn sie zwar aufgrund eines Kooperationsvertrags Aufgaben des Universitätsklinikums übernimmt, aber letzteres keinen Einfluss auf die Tätigkeit nehmen kann.

Die Kl. begehrt die Vergabe einer Betriebsstättennummer als Hochschulambulanz für das Institut für Transfusionsmedizin. Das ***SG*** wies die Klage ab.

IV. Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneikostenregress/Schadensersatz

Nach BSG, Urt. v. 13.05.2020 - ***B 6 KA 2/19 R, B 6 KA 3/19 R u. B 6 KA 25/19 R*** - dürfen die Prüfgremien die Abrechnungen der Kl. zwar **grundsätzlich im Wege eines statistischen Kostenvergleichs** beim Gesamtfallwert - aufgegliedert nach den einzelnen Leistungsbereichen des BemaZ - prüfen. Dabei ist dem Bekl. allerdings bei der - grundsätzlich nicht zu beanstandenden - Bildung eines entsprechend der Besetzung der **BAG gewichteten Vergleichswertes** aus den **Fallwerten von MKG-Chirurgen und Zahnärzten**, der dann mit den Abrechnungswerten der Kl. verglichen wurde, ein **systematischer Fehler** unterlaufen, der zur Rechtswidrigkeit der angefochtenen Bescheide führt. Der Bekl. hat zur Abbildung des MKG-Bereichs **Fallwerte** nicht allein von anderen MKG-Chirurgen, sondern auch **von Praxen herangezogen, in denen neben MKG-Chirurgen auch Allgemeinzahnärzte tätig gewesen sind**. Das könnte sich zum Nachteil der Kl. auswirken, weil die Abrechnungswerte von MKG-Chirurgen im Durchschnitt höher sind, als die der Allgemeinzahnärzte. Diese Bildung der Vergleichsgruppe kann nicht mit der Begründung gerechtfertigt werden, dass sog. Mischpraxen wie die Kl. nur ganz selten vorkommen, so dass sich das auf den MKG-Fallwert - und den hieraus gebildeten gewichteten Vergleichswert - nicht auswirken könne. Denn nach den Angaben der beigel. KZV arbeitete die Hälfte der MKG-Chirurgen in solchen „Mischpraxen", in den in den Vergleich einbezogenen Ländern Thüringen und Saarland sogar deutlich mehr. Außerdem hat der Bekl. die Heranziehung von Fallwerten für MKG-Chirurgen nicht nur aus dem eigenen KZV-Bezirk (Hessen), sondern auch aus dem Saarland und Thüringen in der Begründung des Bescheides nicht offengelegt. Im Übrigen sind die angefochtenen Bescheide **nicht zu beanstanden**. Der Bekl. musste bei der Durchführung des statistischen Kostenvergleichs **nicht zwischen Vertragszahnärzten und angestellten Zahnärzten differenzieren**. Sowohl bei den Plausibilitätsprüfungen als auch im Rahmen der Anwendung der früheren Vorschriften über die Degression werden Vertrags(zahn)ärzte und angestellte (Zahn-)Ärzte gleich behandelt. Das kann im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht anders sein. Ohne Rechtsfehler hat der Bekl. bei der Kl. die Berücksichtigung der umfassenden **Besuchstätigkeit** bei Patienten in Heimen als Praxisbesonderheit versagt. Allein aus dem Umstand, dass die Klägerin **mehr Heimpatienten als andere zahnärztliche Praxen versorgt, kann nicht geschlossen werden, dass diese Tätigkeit auch wirtschaftlich ist**. Eine routinemäßige, weitgehend anlasslose Besuchstätigkeit bei einer Vielzahl von Heimbewohnern, deren Zahnstatus der Kl. seit langem bekannt war, ist regelmäßig nicht wirtschaftlich. Die **fehlerhaften Ansätze** der Leistungspositionen für **Arztbriefe und Berichte** durfte der Beklagte im Rahmen der durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfung kraft seiner **Annexkompetenz** korrigieren. Trotz der für sich genommen nicht geringen Höhe der auf die Berichtigung entfallenden Beträge ist diese im Hinblick auf das Ausmaß der Kürzungen allein wegen Unwirtschaftlichkeit von untergeordneter Bedeutung. Dabei ist und bleibt eine im engen Zusammenhang mit einer „echten" Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgende Honorarberichtigung **Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung; Rechtsgrundlage ist nicht § 106d SGB V**.

Nach BSG v. 11.12.2019 - ***B 6 KA 23/18 R*** - ist eine KV für die Festsetzung eines Regresses wegen Nichtbeachtung der maßgeblichen Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung (SSB-Vereinbarung) nicht zuständig. Die Prüfung der Rechtmäßigkeit der **Verordnungen von Sprechstundenbedarf** (SSB) ist **bundesrechtlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung zugeordnet**. Daraus folgt eine **ausschließliche Zuständigkeit der Prüfgremien**. Für eine davon abweichende Zuständigkeit der KV ist kein Raum; eine solche kann auch **nicht gesamtvertraglich** vereinbart werden. Soweit der älteren Rechtsprechung des Senats entnommen werden könnte, dass die KVen originär zuständig sind oder ihre Zuständigkeit vereinbart werden kann, hält der Senat daran nicht fest. Das hat zur Folge, dass der angefochtene Bescheid, der in der Sache richtig ist, aufzuheben ist. Die zuständige Prüfungsstelle ist aber nicht gehindert, einen Bescheid mit gleichem Inhalt zu erlassen; der **Bescheid der KV hat die insoweit geltende Ausschlussfrist gehemmt**, auch wenn er mangels Zuständigkeit der KV nicht rechtmäßig ist. Die Vertragspartner in den KV-Bezirken, in denen die SSB-Vereinbarung eine Zuständigkeit der KV bestimmt, müssen die **Vereinbarungen der Rechtslage anpassen**. Für die Zeit bis dahin stellt der Senat klar, dass die **Prüfungsstelle zuständig** ist, auch soweit in den SSB-Vereinbarungen die KV als zuständig bezeichnet wird.

1. Arzneikostenregress

a) Zielfeldregress: Festsetzung der Zielfelder

LSG Hamburg, Urteil v. 21.11.2019 - L 5 KA 5/17 ZVW **RID 20-03-22**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106 a.F.

Zielfelder sind rechtmäßig, wenn sie so festgesetzt werden, dass aus deren Überschreitung für den Regelfall auf eine unwirtschaftliche Verordnungsweise geschlossen werden kann. Dies ist der Fall, wenn bei der Festlegung der Absenkungssätze die am Markt vorhandenen Arzneimittel bezogen auf den Wirkstoff je DDD (defined daily dose) betrachtet und die Spreizung zwischen den günstigsten (Generika) und den teuersten (Originalpräparate) DDD analysiert, die Leitsubstanzen stärker gewichtet werden und auf eine vergleichbare Wirksamkeit beachtet wird.

Die Gemeinsame Prüfungsstelle teilte dem kl. hausärztlichen Internisten im Februar 2009 mit, er habe bei der Verordnung inhalativer Glucocorticoide im zweiten Verordnungshalbjahr 2005 den vertraglich vereinbarten Zielwert von 0,7020 € pro definierter Tagesdosis überschritten. Der Ist-Wert seiner Praxis habe bei 1,0599 € pro DDD und damit um 51 % über dem Zielwert gelegen. Der Kl. hielt dem entgegen, er sei vom Nutzen inhalativer Glucocorticoide bei der Behandlung obstruktiver Lungenerkrankungen überzeugt. Weiterhin betreue er ein großes Kontingent von Patienten in zwei Heimen, die in besonderem Maße an pulmologischen Erkrankungen litten. Schließlich bitte er zu berücksichtigen, dass er die Gesamtrichtgrößen während der letzten Jahre regelmäßig unterschritten habe. Im Oktober 2009 setzte die Prüfungsstelle einen Regress in Höhe von 475,84 €

netto fest. Der Widerspruch blieb erfolglos. ***SG Hamburg***, Urt. v. 04.12.2013 - S 27 KA 42/11 - gab der Klage statt und hob den Bescheid des Bekl. auf, ***LSG Hamburg***, Urt. v. 25.11.2015 - L 5 KA 1/15 - RID 16-03-50 wies die Berufung zurück. ***BSG***, Urt. v. 28.09.2016 - B 6 KA 44/15 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 55 verwies den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurück. Die Vereinbarungen zum Zielfeldregress seien auf der Grundlage der §§ 84 I, 106 SGB V ergangen und mit diesen Vorschriften vereinbar. Die Methodik des Vergleichs der Kosten der verordneten Arzneimittel anhand von durchschnittlichen DDD sei grundsätzlich nicht zu beanstanden. Methodisch bedingte Ungenauigkeiten könnte zum einen durch Einräumung von Spielräumen, zum anderen durch den vom Arzt zu erbringenden Nachweis der Wirtschaftlichkeit im Einzelfall begegnet werden. Allerdings seien die vereinbarten Zielwerte nur dann rechtmäßig, wenn deren Überschreitung geeignet sei, den Anscheinsbeweis bzw. die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit auch zu begründen. Insb. bei einer erheblichen Absenkung des Durchschnittswertes - hier um 35% -, könne nicht ohne Weiteres angenommen werden, dass jede Überschreitung geeignet sei, die Vermutung der Unwirtschaftlichkeit zu begründen. Dies gelte umso mehr, als Bekl. und Beigel. bisher die Festlegung des Zielwertes nicht nachvollziehbar erläutert hätten. Nähere Feststellungen zur Eignung des Zielwertes für den Beweis der Unwirtschaftlichkeit seien daher notwendig. Das ***LSG*** wies nunmehr die Klage ab.

b) Vergleich anhand von Tagesdosen

LSG Hamburg, Urteil v. 21.11.2019 - L 5 KA 4/17 ZVW **RID 20-03-23**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 106

Die Methodik des **Vergleichs anhand von DDD** (pro definierter Tagesdosis - defines daily dose) ist nicht zu beanstanden (BSG, Urt. v. 28.09.2016 - B 6 KA 44/15 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 55), insb. wenn bei der Festlegung der Absenkungssätze die am Markt vorhandenen Arzneimittel bezogen auf den Wirkstoff je DDD betrachtet und die Spreizung zwischen den günstigsten und den teuersten DDD analysiert worden ist.

Zwischen den Parteien steht ein Regress in Höhe von noch 3.288,88 € aufgrund einer Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise für das Jahr 2006 im Streit, die sich auf Kosten für die verordnete Wirkstoffdosis bezieht. ***SG Hamburg***, Urt. v. 17.10.2014 - S 3 KA 159/11 - hob den Beschluss des Bekl. auf, ***LSG Hamburg***, Urt. v. 25.11.2015 - L 5 KA 1/15 - 16-03-50 wies die Berufung zurück, ***BSG***, Urt. v. 28.09.2016 - B 6 KA 44/15 R - SozR 4-2500 § 106 Nr. 55 verwies den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurück, das ***LSG*** wies nun die Klage ab.

c) Ausschluss der Verordnungsfähigkeit von Kombinationspräparat (Aggrenox®)

LSG Nordrhein-Westfalen, Teilurteil v. 27.05.2020 - L 11 KA 35/17 **RID 20-03-24**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 31 I 4, 106

Der **Ausschluss der Verordnungsfähigkeit** von Dipyridamol in Kombination mit ASS durch die AM-RL ist nicht zu beanstanden.

Soweit die Verordnung von Arzneimitteln aufgrund der jeweils genannten Ausnahmetatbestände zulässig ist, erfolgt die **Begründung der Verordnung** entsprechend § 10 I 3 AM-RL in der Patientenakte. Erforderlich mit Blick auf § 16 V 1 AM-RL ist dabei in jedem Fall eine **einzelfallbezogene** Begründung der ausnahmsweise erfolgten Verordnung. Hiernach ist zu verschriftlichen, welche Krankheit vorliegt und welche zusätzlichen Komplikationen und Risiken bestehen, die Anlass sind, nicht andere verfügbare Arzneimittel zu verordnen. Auch stichwortartige ärztliche Eintragungen - je nach medizinischem Einzelfall - können zur Dokumentation eines medizinisch begründeten Einzelfalles ausreichend sein. Eine Bezugnahme auf dem Vertragsarzt vorliegende aktuelle ärztliche **Fremdberichte bzw. Arztbriefe** kann erfolgen, wenn und solange hinreichend dokumentiert ist, dass sich der Vertragsarzt die ärztliche Einschätzung eines anderen (Fach-)Arztes nach ärztlicher Würdigung zu eigen macht.

Die **Dokumentationsanforderungen** können sich allerdings verdichten, wenn das von einem Verordnungsausschluss erfasste Arzneimittel als **Dauermedikation** verordnet wird und die betroffene Versicherte zudem erhebliche **Vorerkrankungen** aufweist. Dieses gilt insb. in Fällen, in denen die für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zuständigen Stellen zuvor ausdrücklich darauf hingewiesen hatten, dass die verfügbare Studienlage unter einer Kombinationsbehandlung einen Beleg für einen größeren Schaden erkennen lässt.

Der knappe Hinweis **„ASS abgesetzt neu Aggrenox“** ist zur Dokumentation nicht ausreichend. Der Umstand, dass die Versicherte nach dem Inhalt eines **Krankenhausentlassungsberichts** im Zuge der stationären Behandlung als „letzte Medikation“ Aggrenox erhielt, reicht zur Dokumentation eines medizinisch begründeten Einzelfalles nicht aus.

Der kl. Facharzt für Allgemeinmedizin wandte sich gegen einen Regresses wegen der Verordnung von Aggrenox® im Jahr 2015 in Höhe von 538,51 €. ***SG Düsseldorf***, Urt. v. 26.04.2016 - S 2 KA 1416/16 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

d) Gerinnungsfaktoren: Kostengünstigerer Bezugsweg

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 10.06.2020 - L 3 KA 27/18 **RID 20-03-25**

juris

SGB V §§ 12 I, 31 I, 106 II 4; AMG § 47 I 1 Nr. 2a

Leitsatz: 1. Bei der Verordnung von **Gerinnungsfaktoren** mussten Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren nach der bis August 2020 geltenden Rechtslage auch dann den **kostengünstigeren Bezugsweg** über pharmazeutische Unternehmen bzw Großhändler (anstelle von Apotheken) wählen, wenn sie die Gerinnungsfaktoren anschließend nicht zur Selbstbehandlung an die Patienten abgaben.

2. Wird der Leistungserbringer wegen eines Verstoßes hiergegen in **Regress** genommen, ist bei der Bemessung des Regresses zu seinen Gunsten zu berücksichtigen, dass der Krankenkasse bei Einhaltung des kostengünstigeren Bezugswegs eigene **Aufwendungen** für die Beschaffung und Abrechnung der Gerinnungsfaktoren **erspart** worden wären. Dass beim Betrieb einer hämostaseologisch ausgerichteten Praxis besondere Kosten wegen des Umgangs mit Blutgerinnungsfaktoren entstehen, ist demgegenüber unerheblich.

Der Beigel. zu 2. ist Facharzt für Transfusionsmedizin und Einzelunternehmer des MVZ. Für das MVZ verordnete er in den Quartalen I/07 bis I/09 (außer in I/08) für 14 der bei der kl. Krankenkasse versicherten Mitglieder Blutgerinnungsfaktoren (Advate®, Fibrogammin®, Haemate®, Mononine®, Wilate®) i.H.v. 3.360.784,30 € (brutto). Die Prüfungsstelle setzte gegenüber dem Beigel. zu 2. mehrere Einzelregresse über insgesamt 648.963,15 € fest. In dem sich daran anschließenden Widerspruchsverfahren hob der bekl. Beschwerdeausschuss die Bescheide der Prüfungsstelle aber wieder auf. ***SG Hannover***, Urt. v. 25.04.2018 - S 65 KA 717/12 - verurteilte den Bekl., über die Widersprüche des Beigel. zu 2. gegen die Bescheide der Prüfungsstelle unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Im Übrigen wies es die Klage ab. Auf die Berufung der Kl. und des Beigel. zu 2. verurteilte das ***LSG*** den Bekl., über die von der Kl. im August 2008 und im November 2009 beantragten Regresse wegen der Verordnung von Blutgerinnungsfaktoren unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden. Im Übrigen wies es die Berufung des Beigel. zu 2. zurück.

2. Sprechstundenbedarf: Durchschnitts- und Einzelfallprüfung

SG Dortmund, Urteil v. 04.03.2020 - S 52 KA 97/15 **RID 20-03-26**

Rechtskräftig

SGB V § 106 a.F.

Gehen die Prüfgremien davon aus, eine **Delegationsvereinbarung** zwischen einer Arztpraxis und einem Hilfsmittellieferanten, wonach der Hilfsmittellieferant den Katheterwechsel durchführt und die Arztpraxis die Katheter als Sprechstundenbedarf verordnet, sei **unzulässig**, so kann eine **statistische Vergleichsprüfung** wegen unzutreffender Datenbasis nicht durchgeführt werden (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.01.2009 - L 11 KA 24/08 - RID 09-02-53), wenn die Prüfvereinbarung für die Beanstandung der Unzulässigkeit einer Sprechstundenbedarfsverordnung die Prüfmethode der **Prüfung im Einzelfall** vorsieht.

Die kl. BAG wandte sich gegen einen Regress für das Jahr 2011 in Höhe von 35.992,72 € (Parallelverfahren: 2010, 30.759,83 €). Das ***SG*** verpflichtete zur Neubescheidung.

Parallelverfahren:

SG Dortmund, Urteil v. 04.03.2020 - S 52 KA 98/15 **RID 20-03-27**

Rechtskräftig

3. Statistische Prüfung der Heilmittelverordnungen anhand der elektronischen Daten

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 09.10.2019 - L 11 KA 41/16 **RID 20-03-28**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 106

Aus den gesetzlichen Regelungen ergibt sich, dass Durchschnittswert- und Richtgrößenprüfungen der Wirtschaftlichkeit von **Heilmittelverordnungen** auf der Grundlage der von den Krankenkassen ohne Versichertenbezug übermittelten **elektronischen Daten** und nicht auf der Grundlage der vollständigen Originalbelege durchzuführen sind (BSG, Urt. v. 16.07.2008 - B 6 KA 57/07 R - BSGE 101, 130 = SozR 4-2500 § 106 Nr. 19; BSG, Urt. v. 02.11.2005 - B 6 KA 63/04 R - BSGE 95, 199 = SozR 4-2500 § 106 Nr. 11).

Originalverordnungen sind nicht heranzuziehen, wenn nicht anhand eigener aussagekräftiger Unterlagen aufgezeigt wird, dass nachvollziehbare Bedenken gegen die Vermutung der Richtigkeit der dem Arzt zugeordneten Verordnungskosten bestehen.

Die **Beachtung der Heilmittel-Richtlinien** steht nicht im Zusammenhang mit der Frage, ob der Arzt wirtschaftlich gehandelt hat. Der Schluss, weil die Behandlungen/Verschreibungen sich im Rahmen der Richtlinien bewegt hätten, seien sie auch wirtschaftlich, ist unzutreffend.

Der kl. Facharzt für Orthopädie wandte sich gegen einen Regress wegen unwirtschaftlicher Verordnung von Heilmitteln in den Quartalen I bis III/07 in Höhe von 10.207,99 €. ***SG Dortmund***, Urt. v. 06.04.2016 - S 52 KA 139/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

V. Zulassungsrecht

Nach BSG, Urt. v. 13.05.2020 - ***B 6 KA 11/19 R*** - SozR 4-2500 § 103 Nr. 30 liegt das erforderliche **Feststellungsinteresse** vor, da die Kl. geklärt wissen will, ob im Rahmen einer künftigen Auswahlentscheidung auf ihre Qualifikation, also die Qualifikation der anstellenden BAG, oder auf diejenige des anzustellenden Arztes abzustellen ist. Der Bekl. hat zutreffend **bei der Auswahlentscheidung auf die Person der anzustellenden Ärztin abgestellt**. Sinnvollerweise können nur die Profile der Personen hinsichtlich der Auswahlkriterien des § 26 BedarfsPlRl miteinander verglichen werden, die an der vertragsärztlichen Versorgung mitwirken sollen. Eine andere Sichtweise würde zu kaum lösbaren praktischen Schwierigkeiten führen. BAG und MVZ sind beispielsweise nicht in die Warteliste und das Arztregister eingetragen, so dass schon Werte für eine Vergleichbarkeit mit den übrigen Bewerbern fehlen. Damit ist auch bei Bewerbungen von BAG, MVZ und Vertragsärzten, die auf einem frei gewordenen Vertragsarztsitz einen angestellten Arzt beschäftigen wollen, auf diesen anzustellenden Arzt abzustellen, der in fachlich-medizinischer Hinsicht die vertragsärztliche Tätigkeit selbst ausübt.

Nach BSG, Urt. v. 12.02.2020 - ***B 6 KA 19/18 R*** - SozR 4-2500 § 103 Nr. 29 kann nach allgemeinen verfahrensrechtlichen Grundsätzen ein Antrag auf Erlass eines Verwaltungsaktes grundsätzlich **bis zum Eintritt der Bestandskraft der erstrebten Entscheidung zurückgenommen** werden. Zwar hat der Ausschreibung durch die KV nach Einführung des § 103 IIIa SGB V eine **Entscheidung des Zulassungsausschusses voranzugehen**, ob die Praxis überhaupt fortgeführt werden soll. Gleichwohl wird das **Nachbesetzungsverfahren** durch diese - bestandskräftige - Entscheidung des Zulassungsausschusses nicht in zwei weitgehend eigenständige Verwaltungsverfahren aufgespalten, mit der Folge, dass der abgabewillige Arzt an seiner Entscheidung für die Praxisaufgabe festzuhalten wäre. Die Einführung des § 103 IIIa SGB V hat an den Abläufen gegenüber dem früheren Rechtszustand nichts geändert, wenn der Zulassungsausschuss die Fortführungsfähigkeit der Praxis bejaht. Nach wie vor ist das Ziel des abgabewilligen Arztes darauf gerichtet, seine Praxis an einen Nachfolger zu übergeben und dafür einen Kaufpreis zu erzielen. Bereits vor Einführung des § 103 IIIa SGB V waren verschiedene Behörden - die KV und der Zulassungsausschuss - in das Nachbesetzungsverfahren einbezogen. Danach hat der abgabewillige Arzt **bis zur endgültigen Auswahl eines Bewerbers** die Möglichkeit, das **Verfahren durch Rücknahme** des Nachbesetzungsantrags **zu beenden**. Er darf sich dabei auch von **Überlegungen** leiten lassen, die sich **auf die Auswahl des Bewerbers beziehen**. Allerdings läuft er **Gefahr**, dass die **Übergabe** letztlich **scheitert**, wenn er den Antrag nach der Auswahlentscheidung des ZA zurücknimmt oder die Praxis dem ausgewählten Arzt nicht verkauft, da das **Ausschreibungsrecht nach Rücknahme des Antrags grundsätzlich verbraucht** ist. Eine **erneute Ausschreibung** ist nur möglich, wenn für die Rücknahme des Antrags **billigenswerte Gründe** angeführt werden können. Die Absicht, auf die Auswahl eines **bestimmten Nachfolgers** hinzuwirken, ist grundsätzlich kein solcher Grund. Das Nachbesetzungsverfahren dient den Interessen des abgabewilligen Arztes bzw. seiner Erben. Die **Interessen der Bewerber** um den Sitz sind nur insoweit zu berücksichtigen, als die **Auswahl** unter ihnen nach den gesetzlich vorgeschriebenen Kriterien erfolgt. Auch ein vom Zulassungsausschuss ausgewählter Bewerber hat im Verhältnis zum abgabewilligen Arzt immer nur eine tatsächliche Chance auf die Übernahme von Praxis und Vertragsarztsitz, aber **keine Rechtsposition**, kraft derer die Durchführung des Verfahrens gegen den Willen des abgabewilligen Arztes verlangt werden könnte. Vorliegend ist der Kläger schon gar nicht vom Zulassungsausschuss ausgewählt worden. In dieser Konstellation ist der Vorwurf, die Antragsrücknahme ziele auf die Manipulation des Auswahlverfahrens und sei deshalb rechtsmissbräuchlich, erst recht nicht nachzuvollziehen. Nach BSG, Urt. v. 12.02.2020 - ***B 6 KA 20/18 R*** - hat der Senat bereits mit seinen Urteilen vom 22.10.2014 - B 6 KA 43/13 R - SozR 4-1500 § 54 Nr. 37 und B 6 KA 44/13 R - SozR 4-2500 § 103 Nr. 16 entschieden, dass **Dritte** die **Genehmigung einer überörtlichen BAG** unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt in Frage stellen können, auch wenn diese erkennbar (auch) zu dem Zweck gebildet worden war, über § 103 VI 2 SGB V auf die **Nachbesetzung** des Sitzes einer der Partner der gerade erst neu gebildeten überörtlichen BAG **Einfluss zu nehmen**. Rechte Dritter sind insoweit von vornherein **nicht tangiert**. Nichts anderes gilt für die Rechte der an einer Sitzübernahme im Wege einer geplanten oder bevorstehenden **Nachbesetzung**

interessierten Ärzte. Diese Ärzte können ihre Rechte vielmehr im Auswahlverfahren wahrnehmen. Daran hält der Senat fest. Ebenso wenig ist der Kläger zur **Anfechtung der Sitzverlegung**, die mit der Bildung der überörtlichen BAG verbunden ist, berechtigt. Zwar sind bei der Entscheidung über Sitzverlegungen nach **§ 24 VII Ärzte-ZV** - anders als bei der Genehmigung einer BAG nach § 33 II Ärzte-ZV - auch Versorgungsgesichtspunkte zu berücksichtigen, doch hat die Norm jedenfalls **keinen drittschützenden Charakter** zu Gunsten solcher Ärzte, die nicht im Einzugsbereich des neuen Standortes praktizieren, sondern die Sitzverlegung allein deshalb angreifen, um ihre Chancen im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens zu erhalten oder zu verbessern.

1. Bedarfsplanung für Pathologen

SG Magdeburg, Urteil v. 18.12.2019 - S 1 KA 10/15 **RID 20-03-29**

Sprungrevision anhängig: B 6 KA 3/20 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 95 II 9, 101 I 2, II

Die grundsätzliche Entscheidung, die **Pathologen** durch Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie ab 2013 der vertragsärztlichen Bedarfsplanung zu unterwerfen, ist nicht zu beanstanden. Die Bedarfsplanung ist eine geeignete Maßnahme, die ungebremste Ausweitung der Arztzulassungen zu verhindern (vgl. BSG, Urt. v. 04.05.2016 - B 6 KA 24/15 R - BSGE 121, 54 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 19, juris Rn. 30).

Soweit der GBA bei den von ihm vorgegebenen Regelungen zur Berechnung des Versorgungsgrades der Facharztgruppe der Pathologen den ihm eingeräumten Gestaltungsspielraum durch Nichtberücksichtigung des **Demografiefaktors** und Annahme einer **überdurchschnittlichen Versorgung** überschritten hat, wird dadurch die Entscheidung des Beklagten weder nichtig noch rechtswidrig, weil sich dieser Mangel letztlich nicht entscheidungserheblich auf die vom Landesausschuss festgestellte Überversorgung und die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen für die Pathologen in Sachsen-Anhalt auswirken konnte, da auch nach einer Korrektur Überversorgung vorliegt.

Die 1964 geb. Kl. ist Fachärztin für Pathologie und Direktorin des Instituts für Pathologie des Universitätsklinikums A. Sie beantragte im März 2014 erfolglos die Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag. Das ***SG*** wies die Klage ab.

2. Nachbesetzungsverfahren

a) Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens wegen besonderer Praxisstruktur

SG München, Urteil v. 17.06.2020 - S 38 KA 301/17 **RID 20-03-30**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 103 IIIa, IV

Leitsatz: I. Legen Krankenkassen gegen eine Entscheidung des Zulassungsausschusses betreffend die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens Anfechtungsklage ein und erledigt sich diese durch Antragsrücknahme des antragstellenden Vertragsarztes, ist eine **Wiederholungsgefahr** auch dann zu bejahen, wenn bei ähnlichen Konstellationen, auch wenn es um die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens auf Antragstellung anderer Vertragsärzte geht, bei im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen und rechtlichen Umständen zu erwarten ist, dass der Zulassungsausschuss in gleicher Weise positiv entscheidet. Damit ist die Möglichkeit eines wiederholten Auftretens der Rechtsfrage nicht entfernt liegend (vgl. BSG, Urt. v. 11.12.2002 - B 6 KA 32/01 R - BSGE 90, 207 = SozR 3-1500 § 54 Nr. 47; SG Berlin, Urt. v. 10.07.2019 - S 83 KA 264/17 - RID 19-03-29).

II. Die zum **Zulassungsentzug** (Annahme der Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit) führenden **Fallzahlen** sind grundsätzlich auch auf die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens anzuwenden. Bei Würdigung der geringeren Eingriffsintensität und Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit können sogar höhere Fallzahlen (über 10 % der Fallzahlen der Vergleichsgruppe) die Versagung der Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens rechtfertigen.

III. Ein Fallzahlvergleich zur Beurteilung der Fortführungsfähigkeit einer Praxis ist nur möglich, wenn keine **besondere Praxisstruktur** vorliegt.

IV. Für die Frage, ob eine für die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einer Berufsausübungsgemeinschaft **fortführungsfähige Praxis** besteht, ist auf die **Berufsausübungsgemeinschaft als Ganzes** und nicht auf den einzelnen Arzt abzustellen (vgl. BSG, Urt. v. 27.06.2018 - B 6 KA 46/17 R - BSGE 126, 96 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 25).

Das ***SG*** wies die Fortsetzungsfeststellungsklage der Krankenkassen als unbegründet ab.

b) Keine Fortführung der Praxis bei Verlegung des Praxissitzes um 36 km (Gynäkologie)

SG Marburg, Gerichtsbescheid v. 15.06.2020 - S 12 KA 395/19 **RID 20-03-31**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 103; GG Art. 14 I

Leitsatz: 1. Ein **besonderes Versorgungskonzept** ist kein Grund für die **Verlegung** eines gynäkologischen Vertragsarztsitzes um 36 km im Rahmen einer **Praxisnachfolge**.
2. **Eigentumsrechtlich** geschützt ist nur die Verwertung der Praxis als solche, nicht die damit verbundene öffentlich-rechtliche Zulassung. Soweit die Praxis mangels **Fortführungsabsicht** nicht übernommen wird, kann auch kein eigentumsrechtlicher Schutz zum Tragen kommen. Findet sich kein Bewerber zur Fortführung der Praxis, kann die Vertragsarztpraxis nicht verkauft werden bzw besteht für den potentiellen Käufer kein Anspruch auf Zulassung.

Das ***SG*** wies die Klage ab.

3. Kein Austausch der anzustellenden Ärzte im Widerspruchsverfahren

SG Magdeburg, Urteil v. 18.12.2019 - S 1 KA 33/17 **RID 20-03-32**
Berufung anhängig: LSG Sachsen-Anhalt - L 9 KA 2/20 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 95; BedarfsplRL § 26

Wird nach der Auswahlentscheidung die Bewerbung für einen **zur Anstellung benannten Arzt zurückgezogen**, **erledigt** sich für den anstellenden Vertragsarzt bzw. MVZ eine ablehnende Entscheidung. Ein Austausch der zur Anstellung vorgesehenen Ärzte ist unzulässig.
Die Einbeziehung einer Bewerbung zur Anstellung in das Auswahlverfahren setzt voraus, dass der **Antrag** zur Anstellung zum Zeitpunkt der Entscheidung **vollständig eingereicht** wird und die **notwendigen Belege und Erklärungen** beigefügt werden. Dies ergibt sich entsprechend aus § 26 Abs. 4 Nr. 2 Satz 2 BedarfsplRL. Dies gilt auch dann, wenn der benannte Arzt bereits in der vertragsärztlichen Versorgung der zuständigen KV tätig ist.

Im Planungsbereich waren für Fachärzte für HNO-Heilkunde Zulassungsmöglichkeiten in einem Umfang von zwei vollen Vertragsarztsitzen eröffnet. Die Kl., ein MVZ in der Rechtsform einer GmbH, bewarb sich um einen Vertragsarztsitz und die Genehmigung, hierzu ab 01.07.2017 zwei Fachärzte für HNO-Heilkunde zur Beschäftigung (bis 30 bzw. 10 Stunden wöchentlich) an ihrer insoweit neu einzurichtende Nebenbetriebsstätte anstellen zu dürfen. Der Zulassungsausschuss erteilte den Beigel. zu 8) und 9) jeweils die beantragte volle Zulassung. Die Kl. legte Widerspruch ein und beantragte nunmehr die Anstellung zweier anderer Ärzte mit jeweils 20 Wochenstunden. Der Widerspruch blieb erfolglos. Das ***SG*** wies die auf die Zulassung des Beigel. zu 9) beschränkte Klage ab.

4. Widerruf einer Genehmigung zur Anstellung einer Ärztin ohne Gebietsbezeichnung

LSG Bayern, Urteil v. 22.01.2020 - L 12 KA 8/19 **RID 20-03-33**
Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris = Breith 2020, 537
SGB V §§ 95 VI, IX, 95d V; Ärzte-ZV §§ 21, 27

Leitsatz: 1. **Rechtsgrundlage** der **Aufhebung einer Anstellungsgenehmigung** aus Gründen, die beim Vertragsarzt zur Entziehung der Zulassung nach § 95 Abs. 6 Satz 1 SGB V führen, ist § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X.
2. Ist der angestellte Arzt **mangels abgeschlossener Weiterbildung** nicht berechtigt, fachärztliche Leistungen zu Lasten der GKV zu erbringen, wird der mit der Anstellungsgenehmigung verbundene Versorgungsauftrag nicht erfüllt. Dies berechtigt die Zulassungsgremien zur **Aufhebung der Anstellungsgenehmigung** nach § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X mit Wirkung für die Zukunft.

Streitig ist der Widerruf der dem kl. Facharzt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1993 erteilten Genehmigung zur Anstellung von Frau A als ganztags beschäftigte Ärztin mit dem Anrechnungsfaktor 1,0. A verfügt mangels Weiterbildung über keine Facharztanerkennung. Der Kl. wurde 2009 darauf hingewiesen, dass er als Facharzt nur noch Leistungen aus seinem fachärztlichen Arztgruppenkapitel des EBM abrechnen könne. A

könne als Ärztin ohne Gebietsbezeichnung Leistungen aus diesem fachärztlichen Arztgruppenkapitel nicht abrechnen. Die KV teilte dem Kl. im November 2010 und Dezember 2011 mit, dass die weitere Abrechnung von Leistungen der A bis 31.12.2013 geduldet werde, weil davon auszugehen sei, dass wegen des bestehenden Ärztemangels eine Nachbesetzung der Assistentenstelle nicht möglich gewesen sei. Die KV beantragte am 22.03.2016 beim den Widerruf der Genehmigung zur Anstellung der A, was der Zulassungsausschuss ablehnte. Der Bekl. widerrief die Genehmigung. ***SG München***, Urt. v. 19.12.2018 - S 38 KA 962/16 - RID 19-01-25 wies die Klage ab, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

5. Ermächtigungen

a) Ermächtigung eines psychiatrischen Krankenhauses: Kein gesonderter ärztlicher Leiter

SG München, Gerichtsbescheid v. 16.06.2020 - S 49 KA 287/18 **RID 20-03-34**
SGB V § 118 I

Die **Ermächtigung eines psychiatrischen Krankenhauses** nach § 118 I SGB V erfordert nicht die Ernennung eines **gesonderten ärztlichen Leiters** für die psychiatrische Institutsambulanz. Für das Erfordernis einer „gesonderten, effektiv verfügbaren ärztlichen Leitung vor Ort“ ist eine **Rechtsgrundlage** auch bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten nicht ersichtlich. Die Zulassungsgremien haben bei Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan kein eigenes Prüfungsrecht, ob die Vorgabe der ständigen ärztlichen Leitung tatsächlich erfüllt ist.

Die Beteiligten streiten über die Frage, ob die Ermächtigung eines psychiatrischen Krankenhauses mit mehreren Standorten nach §118 I SGB V eine gesonderte ärztliche Leitung des einzelnen Standorts bzw. der Psychiatrischen Institutsambulanz voraussetzt. Das ***SG*** stellte fest, dass A., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ärztlicher Leiter des für die Erbringung der ambulanten Leistungen gem. § 118 I SGB V ermächtigten Klinikums Tagesklinik am Kinderzentrum ist.

b) Ermächtigungsantrag: Darlegungslast des Arztes/Zumutbare Wegstrecke (Endokrinologie)

SG München, Urteil v. 17.06.2020 - S 38 KA 5/18 **RID 20-03-35**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 116

Leitsatz: 1. Im Zusammenhang mit der Vorfrage, von welchem **räumlichen Versorgungsgebiet** bei einer **Ermächtigung** nach § 116 SGB V i.V.m. § 31a Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV auszugehen ist, kommen nur Versorgungsangebote in Betracht, die sich als für die Patienten zumutbare Versorgungsangebote erweisen. Versorgungsangebote sind nur dann zumutbar, wenn sie sich in **zumutbarer Entfernung** befinden und auch in zumutbarer **Zeit** erreichbar sind, ohne dass es auf die **Wahl des Verkehrsmittels** (ÖPNV oder PKW) ankommt.
2. Maßgeblich sind grundsätzlich nur die Versorgungsangebote im jeweiligen Planungsbereich. Nur in atypischen Ausnahmefällen sind auch die Versorgungsangebote in **benachbarten Planungsbereichen** heranzuziehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es sich um eine relativ seltene Subspezialisierung handelt, die Inanspruchnahme dieser Spezialisten üblich und ein wohnortnahes Versorgungsangebot nicht zu erwarten ist (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 09.02.2005 - L 3 KA 253/02 - RID 05-02-45).
3. Zur Feststellung eines Bedarfs ist in der Regel eine **Umfrage** durchzuführen. Deren Aussagekraft bemisst sich nach der Zahl der Befragten und Antwortenden. Je geringer die Zahl der Befragten und Antwortenden ist, umso weniger repräsentativ stellt sich die Umfrage dar.
4. Endokrinologische Leistungen stellen ein sehr spezielles Versorgungsangebot dar.
5. Die besondere **Mitwirkungslast** zu den besonderen Untersuchungs-und Behandlungsmethoden oder besonderen Kenntnisse obliegt dem Ermächtigungsbewerber im Sinne von § 116 SGB V i.V.m. § 31a Ärzte-ZV. Pauschale und allgemeine Ausführungen genügen den Anforderungen nicht.
6. Eine **Hinweispflicht** der Zulassungsgremien/Kassenärztlichen Vereinigung besteht nicht.

Das ***SG*** wies die Klage ab.

VI. Angelegenheiten der KVen

Nach BSG, Urt. v. 12.02.2020 - ***B 6 KA 25/18 R*** - handelt es sich bei Regelungen in einem **Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV)** zwar um normativvertragliche Bestimmungen, jedoch beeinträchtigen Vereinbarungen zur **Erbringung von bestimmten Allgemeinen Laborleistungen durch die Hausärzte** den **Status der kl. Laborärzte** nicht. Nach der beanstandeten Regelung der Anlage 12 i.V.m. Anhang 1 des HzV-Vertrages - sämtliche dort aufgeführten Leistungen, einschl. fast aller Allgemeinen Laborleistungen nach Abschnitt 32.2 EBM, werden durch Pauschalen vergütet - verpflichten sich am Vertrag teilnehmende Ärzte dazu, etwas zu tun, was sie **berufsrechtlich und vertragsarztrechtlich dürfen**, nämlich **Basislaborleistungen selbst zu erbringen oder sich zu beschaffen**. Damit soll der Wechsel zwischen dem HzV-System und dem vertragsärztlichen Vergütungssystem innerhalb eines Behandlungsfalles vermieden werden, soweit Leistungen betroffen sind, die zur hausärztlichen Versorgung im Sinne des § 73b SGB V und § 73 SGB V rechnen. Dieses trifft für die Laborleistungen des „Ziffernkranzes“ im Anhang 1 zu; der Vertrag zur HzV greift deshalb nicht auf Leistungen über, die nur Fachärzte wie die Kläger erbringen dürfen. Die bekl. Vertragspartner verfolgen mit der angegriffenen Regelung **Ziele**, die der **Intention des Gesetzgebers** bei der Einführung der HzV entsprechen. Die Krankenkassen wurden verpflichtet, ihren Versicherten eine besonders hoch stehende hausärztliche Versorgung anzubieten und ihnen wurde zugleich ein erweiterter Spielraum in der einzelvertraglichen Ausgestaltung des hausärztlichen Versorgungsgeschehens im kollektivvertraglichen Rahmen eingeräumt. Im Mittelpunkt steht der Hausarzt, der als erster Ansprechpartner des Versicherten im Krankheitsfalle die ambulante Versorgung gestaltet und vergleichbar einem Lotsen koordiniert. Auch wenn der Schutzbereich der Berufsausübungsfreiheit der Kl. (Art. 12 I GG) betroffen sein sollte, würden sich die Regelungen unter Berücksichtigung der Zielrichtungen der HzV und der geringen Eingriffsintensität als sachlich gerechtfertigt und auch verhältnismäßig erweisen. Die Kl. werden deshalb nicht in ihren Grundrechten verletzt.

1. Schiedsspruch zur Festsetzung der Gesamtvergütung

LSG Baden-Württemberg, Beschluss v. 25.05.2020 - L 5 KA 1421/20 KL-ER RID 20-03-36

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 83, 85, 87a, 89; SGG § 86b I 1 Nr. 2

Leitsatz: 1. Die aufsichtsrechtliche Beanstandung einer Entscheidung des Schiedsamts nach § 89 Abs. 10 S. 7 SGB V kann von allen Vertragspartnern im Wege einer **Aufsichtsklage** angefochten werden.

2. **Aufsichtsmaßnahmen** sind rechtswidrig, wenn sich das Handeln oder Unterlassen des Versicherungsträgers im Bereich des rechtlich noch Vertretbaren bewegt.

3. Ist Gegenstand der aufsichtsrechtlichen Maßnahme ein **Vertrag zwischen Selbstverwaltungsträgern**, hat die Aufsichtsbehörde zu berücksichtigen, dass vertragliche Vereinbarungen auf einen Interessenausgleich angelegt sind und Kompromisscharakter haben.

4. Die im Beschluss des **Bewertungsausschusses** in seiner 456. Sitzung aufgestellten Kriterien zur Vereinbarung von **Zuschlägen für besonders förderungswürdige Leistungen** nach § 87a Abs. 2 S. 3 SGB V sind für die Gesamtvertragspartner verbindlich.

5. Leistungen innerhalb der **morbiditätsbedingten Gesamtvergütung** sind nicht von der Förderung durch einen Zuschlag auf den Punktwert ausgeschlossen.

6. Die **Vereinbarung von Zuschlägen** nach § 87a Abs. 2 S. 3 SGB V ist nicht beschränkt auf Planungsbezirke, bei denen ein lokaler Versorgungsbedarf besteht, die unterversorgt sind oder denen eine Unterversorgung droht.

7. Für die Entscheidung, ob und für welche Planungsbereiche Förderungen vereinbart werden, ist den Vertragspartnern ein weiter **Beurteilungsspielraum** einzuräumen.

8. Ordnet der Gesetzgeber das Entfallen der aufschiebenden Wirkung der Klage an, rechtfertigen allein die regelmäßigen Folgen des Sofortvollzugs (hier die Nichtumsetzung einer Vergütungsvereinbarung) bei einer Abwägung der Interessen nicht die **Anordnung der aufschiebenden Wirkung**.

9. Besondere Umstände, die eine **ausnahmsweise Abweichung** von der gesetzgeberischen Grundentscheidung für den **Sofortvollzug** rechtfertigen, können in einer erheblichen Gefährdung der Versorgungsstrukturen liegen.

Das ***LSG*** ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage der Ast. beim LSG Baden-Württemberg mit Az. L 5 KA 1255/20 KL gegen den Bescheid des Bundesamtes für Soziale Sicherung vom 14.04.2020 an.

2. Qualifizierung einer Maßnahme der Aufsichtsbehörde (Rundschreiben)

LSG Thüringen, Urteil v. 29.01.2020 - L 11 KA 1431/18 KL **RID 20-03-37**

Rechtskräftig

www.sozialgerichtsbarkeit.de

SGB V §§ 71 IV 2, 87a, 89; SGG § 54 III

§ 54 III 3 SGG ist entsprechend auf den Fall anzuwenden, dass sich eine Körperschaft gegen die Verfügung einer staatlichen Behörde wendet, die zwar nicht ihre Aufsichtsbehörde ist, aber im konkreten Fall eine Maßnahme getroffen hat, die ihr gegenüber wie eine Aufsichtsmaßnahme wirkt. Zwingende Voraussetzung für eine **rechtliche Qualifizierung einer Maßnahme der Aufsichtsbehörde** als „Anordnung" im Sinne des § 54 III SGG ist aber ein Eingriff in die Rechtssphäre eines Selbstverwaltungsträgers. Daran fehlt es, wenn - wie vorliegend - sich die Maßnahme in bloßen Hinweisen, Anregungen oder Empfehlungen für ein bestimmtes Verhalten des Sozialversicherungsträgers erschöpft, ohne ein solches selbst schon zwingend vorzuschreiben.
Das Bundesversicherungsamt ist nicht daran gehindert, seine Rechtsauffassung in einem **Rundschreiben** darzulegen. Es ist auch nicht daran gehindert, die ihrer Aufsicht unterliegenden Versicherungsträger auf mögliche Rechtsverstöße hinzuweisen und darauf, dass sie zukünftig diese nicht mehr toleriert, d.h. dann die ihr rechtlich eingeräumten Möglichkeiten nutzt.

Das ***LSG*** wies die Klage gegen das Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes vom 13.09.2018 ab.

VII. Streitwert/EHV der KV Hessen

Nach BSG, Urt. v. 11.12.2019 - ***B 6 KA 11/18 R*** - ist in einem Rechtsstreit, der vor Eröffnung des Insolvenzverfahrens entstandene Honoraransprüche betrifft, der **Insolvenzverwalter notwendig** zum Verfahren **beizuladen**, wenn er erklärt, dass das Insolvenzverfahren noch nicht abgeschlossen sei und die vom Kl. geltend gemachte Forderung möglicherweise zur Insolvenzmasse gehöre.

Nach BSG v. 11.12.2019 - ***B 6 KA 12/18 R*** - SozR 4-2500 § 87b Nr. 22 verstößt die Regelung des § 3 I 1 **GEHV** gegen Art. 12 I i.V.m. Art. 3 I GG, soweit sie bezogen auf die Festsetzung des Beitrags keine Abzüge für **Sach- und Praxiskostenanteile** vorsieht. Allerdings muss **nicht jede minimale Kostendifferenz** zwischen einzelnen Arztgruppen oder Untergruppen (z.B. bei den Internisten) exakt für die EHV abgebildet werden. Erreicht die Differenz der Kostensätze einer Gruppe aber **15 % in Relation zum Durchschnitt der Kosten aller vertragsärztlichen Praxen**, muss dem bei der Ermittlung des Abzugs für die EHV Rechnung getragen werden. Nach BSG v. 11.12.2019 - ***B 6 KA 16/18 R***, ***B 6 KA 7/19 R*** - müssen Bescheide von Vertragsärzten trotz Rechtswidrigkeit des§ 3 I 1 **GEHV** nicht aufgehoben werden, wenn die von ihnen erreichten **Umsätze** und auch die **Kostenquote** ganz in der Nähe des **Durchschnitts** aller hessischen Ärzte liegen (hier: Hausärztin bzw. Ärztin für Psychotherapie). Nach BSG v. 11.12.2019 - ***B 6 KA 9/19 R*** - ist das das **System der Beitragsklassen**, das die KV in der Zeit vom 01.07.2012 bis zum 31.12.2016 der Erhebung von Beiträgen für die Zwecke der **EHV** zugrunde gelegt hat, nicht zu beanstanden. Soweit die Klägerin geltend macht, sie sei insgesamt, also auch unter Einbeziehung ihrer Beiträge zum Versorgungswerk der Ärztekammer, **zu hoch belastet**, verhilft das ihrer Revision nicht zum Erfolg. Die unzureichende Berücksichtigung besonders hoher Kosten in § 3 GEHV betrifft die Kl. als Ärztin für Psychotherapie nicht.

1. Streitwert: Höheres Honorar für zwei Quartale

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 08.06.2020 - L 7 KA 14/20 B **RID 20-03-38**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

GKG §§ 39 I, 52 I

Wird **höheres Honorar** für **zwei Quartale** begehrt und sind streitgegenständlich zwei Bescheide (hier: Quartal IV/05 u. I/06) und damit jedenfalls **abtrennbare Streitgegenstände** zur Entscheidung des Gerichts gestellt, so ist bereits wegen § 39 Abs. 1 GKG, wonach in demselben Verfahren und in demselben Rechtszug die Werte mehrerer Streitgegenstände zusammengerechnet werden, eine **Verdoppelung des Auffangstreitwertes** gerechtfertigt (BSG, Beschl. v. 08.08.2018 - B 6 KA 76/17 B - juris Rn. 15, RID 18-04-28; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 21.04.2014 - L 11 KA 85/13 B - juris Rn. 13, RID 14-02-92). Jedenfalls ist es wirtschaftlich gerechtfertigt, für den nicht bezifferbaren Honoraranspruch auf jedes Abrechnungsquartal abzuheben, wie das z.B. auch bei Bescheiden über ein RLV ständige Spruchpraxis ist (vgl. nur LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 05.10.2016 - L 5 KA 1918/14 - juris Rn. 71, RID 17-01-14).

SG Berlin, Beschl. v. 17.02.2020 - S 22 KA 601/19 WA - setzte den Streitwert auf 5.000 €, das ***LSG*** auf 10.000 € fest.

2. EHV der KV Hessen

a) Vorzeitiger Verzicht: 0,5 %-Kürzung

LSG Hessen, Urteil v. 10.06.2020 - L 4 KA 45/17 **RID 20-03-39**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen

Nach den Grundsätzen des **intertemporalen Sozialrechts** ist die Rechtslage zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls anzuwenden, wenn das (materielle) Gesetz keine ausdrückliche Übergangsregelung enthält. Da im Bereich der EHV wie im Sozialversicherungsrecht zwischen dem Stammrecht bzw. der Anwartschaft auf Teilhabe und dem Anspruch auf Teilnahme an der EHV nach Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen mit der Rechtsfolge eines konkreten Anspruchs in Höhe von §§ 3, 4 GEHV zu unterscheiden ist (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2014 - B 6 KA 10/13 R - SozR 4-2500 § 85 Nr. 79, juris Rn. 51), gilt auch im Recht der EHV bezüglich des Leistungsrechtsverhältnis das Leistungsfall- bzw. Versicherungsfallprinzip, wenn keine Übergangsregelung vorgesehen ist.
Die **Kürzung wegen vorzeitigen Verzichts** nach § 4 II GEHV, eingeführt durch die EHV-Reform 2006, verstößt weder gegen Art. 14 I GG noch gegen Art. 3 I GG.

SG Marburg, Gerichtsb. v. 18.08.2017 - S 12 KA 443/16 - RID 17-04-54 wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Schätzung der Umsätze aus Selektivverträgen

LSG Hessen, Urteil v. 11.12.2019 - L 4 KA 39/18 **RID 20-03-40**

Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der KV Hessen

§ 11 Abs. 7 GEHV und § 8 Abs. 3 Satz 3 KVHG, wonach ein **Widerspruch** nur unter Vorlage der vollständigen Unterlagen zulässig ist, sind als bloße **Ordnungsvorschriften** zu verstehen.
Der Landesgesetzgeber war befugt, die **Umsätze aus Direktverträgen** zwischen den Vertragsärzten und den gesetzlichen Krankenkassen oder aus Verträgen zur Integrierten Versorgung zur Bemessung der **Beiträge zur EHV** heranzuziehen.
Die Regelungskonzeption zur **Schätzung der Umsätze aus Selektivverträgen** nach § 11 GEHV hält einer Überprüfung auch am Maßstab von Art. 12 I i.V.m. Art. 3 I GG stand, auch wenn der Satzungsgeber selbst nicht normiert hat, welche Anknüpfungstatsachen und -kriterien der durchzuführenden Schätzung zugrunde zu legen sind, sondern er der KV insoweit Schätzungsermessen eingeräumt hat, ohne insb. ausdrücklich die Berücksichtigung von Praxiskostenanteilen in den Vergütungen aus Sonderverträgen zu verlangen.

SG Marburg, Urt. v. 10.12.2014 - S 12 KA 439/13 - RID 15-01-67 wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück, nachdem die Bekl. über den Widerspruch sachlich entschieden hatte.

Vgl. bereits ***LSG Hessen***, Urt. v. 10.04.2019 - L 4 KA 38/18 - RID 19-02-50.

VIII. Bundessozialgericht (BSG)

1. Übergangsrecht bei Wechsel des Vergütungssystems

BSG, Beschluss v. 13.05.2020 - B 6 KA 43/18 B **RID 20-03-41**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 29.05.2018 - L 4 KA 12/16 - wird zurückgewiesen.

Nach § 87b I 3 SGB V i.d.F. des GKV-VStG galten die bisherigen Bestimmungen insb. zur Zuweisung von arzt- und praxisbezogenen RLV nur noch bis zur Entscheidung über einen Verteilungsmaßstab vorläufig fort. Mit den **bundesrechtlichen Vorgaben** war die Fortführung von **RLV** deshalb ebenso vereinbar wie die im Bezirk der Beklagten praktizierte **Rückkehr** zu dem bereits früher in Schleswig-Holstein geltenden **System der Budgetierung** auf der Grundlage **arztindividueller PZV**. Regelungen, die den Übergang von einem zulässigen in ein anderes ebenfalls zulässiges System der Honorarverteilung abfedern und sprunghafte Veränderungen der Vergütungshöhe des einzelnen Arztes vermeiden, können selbstverständlich nicht mehr unter dem Gesichtspunkt beanstandet werden, dass dadurch bundesrechtliche Vorgaben zum anzuwendenden Vergütungssystem unterlaufen würden.

Die Bildung **arztgruppenbezogener Honorarkontingente** hat generell zur Folge, dass sich Steigerungen der Leistungsmenge im Bereich einer Arztgruppe nicht zu Lasten anderer Arztgruppen aber umso deutlicher innerhalb derselben Arztgruppe auswirken. Dass derartige „Töpfe“ gleichwohl zur Umsetzung einer gesetzlich vorgegebenen Budgetierung gebildet werden können, ist in der Rechtsprechung seit langem geklärt.

In der Rechtsprechung des Senats ist geklärt, dass Ärzte im Falle einer **Umstellung des Vergütungssystems** für den Zeitraum eines Jahres an dem bisher erzielten Vergütungsniveau festgehalten werden dürfen. Selbst **unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen** muss nicht zu jeder Zeit eine Wachstumsmöglichkeit eingeräumt werden, solange gewährleistet ist, dass eine Steigerung des Honorars bis zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe binnen fünf Jahren möglich ist.

2. Neuregelung der Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen im Krankenhaus (2008)

BSG, Urteil v. 03.04.2019 - B 6 KA 67/17 R **RID 20-03-42**

SozR 4-2500 § 75 Nr. 21

Leitsatz: Ein **gleichheitswidriger Begünstigungsausschluss** kann für den Zeitraum bis zum Erlass einer Neuregelung nicht nur dadurch behoben werden, dass die Begünstigung im bisherigen Umfang auch der bislang ausgeschlossenen Gruppe gewährt wird, sondern auch dadurch, dass rückwirkend eine geringere, aber allen Gruppen gleichmäßig zugutekommende Begünstigung geschaffen wird.

3. Aufrechnung einer KV mit abgetretener Honorarforderung

BSG, Urteil v. 11.12.2019 - B 6 KA 10/18 R **RID 20-03-43**

SozR 4-7610 § 406 Nr. 1 = NZI 2020, 576

Leitsatz: 1. Eine **Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung** kann gegenüber einer vom Vertrags(zahn)arzt an einen Dritten **abgetretenen Honorarforderung** mit eigenen Ansprüchen gegen den Vertrags(zahn)arzt trotz Kenntnis von der Abtretung **aufrechnen**, soweit die Gegenforderungen ihre Grundlage in der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit haben.

2. Das **Rechtsmittel eines Beigeladenen** erledigt sich durch dessen Tod während des Rechtsmittelverfahrens.

4. Höchstzahl der Vorbereitungsassistenten in MVZ

BSG, Urteil v. 12.02.2020 - B 6 KA 1/19 R **RID 20-03-44**

BSGE = SozR 4-5525 § 32 Nr. 3 = KrV 2020,109 = Die Leistungen Beilage 2020, 212

Leitsatz: Die Höchstzahl der **Vorbereitungsassistenten**, die ein **zahnärztliches Medizinisches Versorgungszentrum** zeitgleich in Vollzeit beschäftigen darf, richtet sich nach der Zahl der Versorgungsaufträge, die es zu erfüllen hat.

5. Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung: Quartalsarbeitszeitprofil bei Teilzeitanstellung im MVZ

BSG, Urteil v. 30.10.2019 - B 6 KA 9/18 R **RID 20-03-45**

SozR 4-2500 § 106a Nr. 25 = GesR 2020, 264 = ZMGR 2020, 168

Leitsatz: 1. Bei der Prüfung der **Plausibilität** der Abrechnung eines **Medizinischen Versorgungszentrums** sind Zeiten der nicht von der Kassenärztlichen Vereinigung genehmigten **internen Vertretung** der angestellten Ärzte wegen Krankheit oder Urlaub nur bis zur Dauer von drei Monaten innerhalb von zwölf Monaten zu berücksichtigen.

2. Gesetzliche Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen können sich nicht auf das **Rückwirkungsverbot** berufen, soweit es um die Ausgestaltung der ihnen gesetzlich zugewiesenen und geregelten Aufgaben im Bereich der Gewährung von Krankenversicherungsleistungen einschließlich der Leistungserbringung geht.

6. Nachbesetzung: Anfechtung der Genehmigung einer überörtlichen BAG/Sitzverlegung

BSG, Urteil v. 12.02.2020 - B 6 KA 20/18 R **RID 20-03-46**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

Dritte können die **Genehmigung einer überörtlichen BAG** unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt in Frage stellen, auch wenn diese erkennbar (auch) zu dem Zweck gebildet worden war, über § 103 VI 2 SGB V auf die Nachbesetzung des Sitzes einer der Partner der gerade erst neu gebildeten überörtlichen BAG Einfluss zu nehmen. Bewerber auf einen ausgeschriebenen Vertragsarztsitz können ihre Rechte im Auswahlverfahren wahrnehmen.

Dritte sind nicht zur **Anfechtung** einer **Sitzverlegung** (hier: mit der Bildung einer überörtlichen BAG verbunden) berechtigt. Zwar sind bei der Entscheidung über Sitzverlegungen nach § 24 VII Ärzte-ZV - anders als bei der Genehmigung einer BAG nach § 33 II Ärzte-ZV - auch Versorgungsgesichtspunkte zu berücksichtigen, doch hat die Norm jedenfalls **keinen drittschützenden Charakter** zu Gunsten solcher Ärzte, die nicht im Einzugsbereich des neuen Standortes praktizieren, sondern die Sitzverlegung allein deshalb angreifen, um ihre Chancen im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens zu erhalten oder zu verbessern.

7. Integrierte Versorgung und Zuordnung zum Vertragsarztrecht

BSG, Beschluss v. 13.05.2020 - B 6 KA 35/19 B **RID 20-03-47**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 28.08.2019 - L 3 KA 110/16 - RID 19-04-23 wird zurückgewiesen.

Verfahren in denen die Entscheidungen eines **Prüfgremiums** zur Prüfung der **Wirtschaftlichkeit** angefochten werden, sind **Streitigkeiten des Vertragsarztrechts**. An der Zuordnung zum Vertragsarztrecht kann die Teilnahme an der Versorgung nach dem „Vertrag zu Integrierten Versorgungsformen über die Versorgung von Patienten mit entzündlichen/degenerativen Erkrankungen des Zentralen Nervensystems (ZNS), onkologische Erkrankungen und AIDS“ nichts ändern.

Ausschlaggebend für die **Zuordnung zum Vertragsarztrecht** kann nicht die von den Vertragspartnern gewählte Bezeichnung des Vertrages, sondern nur dessen tatsächlicher Inhalt sein.

Maßgebend ist, ob Gegenstand des Verfahrens die vertragsärztliche Regelversorgung oder aber eine durch den Vertrag nach § 140a SGB V a.F. eigenständig geregelte integrierte Versorgung ist.

8. Wahlanfechtungsklage: Passives Wahlrecht n. Einbringen eines Vertragsarztsitzes zur Anstellung

BSG, Beschluss v. 13.05.2020 - B 6 KA 27/19 B **RID 20-03-48**

juris

Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen ***LSG Bayern***, Urt. v. 26.07.2017 - L 12 KA 65/18 - wird zurückgewiesen.

Bestandkräftige Bescheide, die nicht zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben oder durch Zeitablauf oder auf andere Weise erledigt sind, bleiben nach § 39 II SGB X wirksam (vgl. BSG, Beschl. v. 12.12.2018 - B 6 KA 6/18 B - juris Rn. 9).

Solange der **Status**, bei dem es sich um höchstpersönliche Rechte des Statusinhabers handelt, nicht beseitigt ist, darf der betreffende Arzt insb. seine organschaftlichen Mitwirkungsrechte innerhalb der KV wahrnehmen (vgl. BSG, Urt. v. 23.06.2010 - B 6 KA 7/09 R - BSGE 106, 222 = SozR 4-5520 § 32 Nr. 4 Rn. 57).

9. EHV KV Hessen: Berücksichtigung hoher Kostenanteile/Beitragsklassen (Quartale III/12-II/13)

BSG, Urteil v. 11.12.2019 - B 6 KA 12/18 R **RID 20-03-49**

SozR 4-2500 § 87b Nr. 22

Leitsatz: Bei der Ermittlung des für die **Umlage zur Erweiterten Honorarverteilung** maßgeblichen vertragsärztlichen Umsatzes muss die Kassenärztliche Vereinigung Hessen besonders hohen **Kostenanteilen** in einzelnen Arztgruppen Rechnung tragen.

B. KRANKENVERSICHERUNGSRECHT

I. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

Nach BSG, Urt. v. 17.12.2019 - ***B 1 KR 18/19 R*** - SozR 4-2500 § 138 Nr. 3 ist eine **podologische Behandlung** ein **neues Heilmittel**, für welches der GBA bislang weder einen Nutzen anerkannt noch Empfehlungen zur Qualitätssicherung abgegeben hat. Er überprüft seit 17.05.2018 die Verordnungsfähigkeit podologischer Therapie für dem diabetischen Fußsyndrom vergleichbare Schädigungen, ohne dass ein Systemversagen vorliegt. Die gesetzes- und verfassungskonforme Prüfung ist ein hinreichender Sachgrund, derzeit die streitige podologische Behandlung nicht zu gewähren. Nach BSG, Urt. v. 17.12.2019 - B 1 KR 7/19 R - SozR 4-2500 § 11 Nr. 7 gewährt die maßgebliche **Satzungsbestimmung** für **künstliche Befruchtung** zusätzliche Leistungen lediglich für die ersten drei Behandlungsversuche. Als Versuch zählt jeder begonnene Behandlungszyklus, auch wenn er vorzeitig abgebrochen werden musste. Diese Begrenzung ist von der Ermächtigung des § 11 Abs. 6 SGB V gedeckt und verstößt nicht gegen das rechtsstaatliche Gebot der Normenklarheit und hinreichenden Bestimmtheit.

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) BVerfG: LDL-Apherese/Progrediente kardiovaskuläre Erkrankung

BVerfG, Beschluss v. 22.05.2020 - 1 BvR 410/19 **RID 20-03-50**

juris

SGB V §§ 27, 92 I 2 Nr. 5, 135 I

Die Verfassungsbeschwerde ist bereits unzulässig. Der Bf. zeigt nicht entsprechend den Anforderungen aus § 23 I 2, § 92 BVerfGG substantiiert und schlüssig die Möglichkeit einer Verletzung in Grund- oder grundrechtsgleichen Rechten auf.

In der gesetzlichen Krankenversicherung ist grundsätzlich kein verfassungsrechtlicher Anspruch auf **bestimmte Leistungen der Krankenbehandlung** ableitbar, sondern gesetzliche oder auf Gesetz beruhende Leistungsausschlüsse und Leistungsbegrenzungen sind daraufhin zu prüfen, ob sie im Rahmen des Art. 2 I GG gerechtfertigt sind (vgl. BVerfGE 115, 25 <43>).

SG Duisburg, Beschl. v. 19.09.2018 - S 31 KR 1003/18 ER - gab dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung statt, ***LSG Nordrhein-Westfalen***, Beschl. v. 03.12.2018 - L 5 KR 677/18 B ER - RID 19-01-78 lehnte ihn ab. Das ***BVerfG*** nahm die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung an.

b) PET-CT/MRT bei Hodentumor

SG Leipzig, Gerichtsbescheid v. 22.04.2020 - S 8 KR 1743/19 **RID 20-03-51**

juris

SGB V §§ 2 Ia, 13 III 1, 135 I

Leitsatz: Nicht anerkannte diagnostische Maßnahmen können im Falle einer **lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung** dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung unterfallen, wenn die standardgemäßen diagnostischen Methoden ausgeschöpft sind oder diese keine hinreichenden Erkenntnisse zu liefern in der Lage sind.

Die spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf kann auch darin liegen, **lebensbedrohliche Risiken von Therapieoptionen** - hier: PET-CT/MRT bei Hodentumor und mehreren abgebrochenen Chemotherapien - überhaupt **erst abzuklären**.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., dem Kl. die Kosten für eine PET-CT/MRT Untersuchung am Universitätsklinikum L. i.H.v. 933,49 € gemäß Rechnung vom 04.07.2019 zu erstatten.

c) Irreversible Elektroporation (IRE) bei Prostatakarzinom

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 27.05.2020 - L 9 KR 73/19 **RID 20-03-52**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 Ia, 13 III, 27, 135

Leitsatz: 1. Bei der IRE-Behandlung des Prostatakarzinoms handelt es sich um eine **neue Behandlungsmethode** i.S.v. § 135 SGB V, die ohne eine positive Empfehlung des GBA nicht vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen umfasst ist.

2. Zu den Voraussetzungen aus § 2 Abs. 1a SGB V (hier abgelehnt).

3. Anschluss an LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 27.07.2016 - L 5 KR 442/16 - RID 16-04-93.

SG Berlin, Gerichtsb. v. 05.03.2019 - S 166 KR 310/18 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

d) Optische Kohärenztomografie

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 29.04.2020 - L 9 KR 32/18 **RID 20-03-53**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 135

Leitsatz: Das Bestehen von **Selektivverträgen**, die eine ärztliche Behandlung für Versicherte vorsehen, die eine **neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode** i.S. des § 135 SGB V darstellt, ist kein Indiz für ein **Systemversagen**.

Die Kl. begehrte die Erstattung von Kosten für zwei optische Kohärenztomografien (OCT). Sie leidet an einer diabetischen Retinopathie und Makulopathie mit einem diabetischen Makulaödem. Im Rahmen der Therapie erfolgte eine intravitreale operative Injektion von Medikamenten (z.B. Ranibizumab <„Lucentis®“> bzw. anderen Anti-VEGF-Präparaten) in den Glaskörper des Auges. Mittels der OCT, einem bildgebenden Verfahren (digitale Darstellung sowie Schnittbild der Makula), wird eine Darstellung der Netzhautmorphologie mit hochauflösender Tiefeninformation ermöglicht. Dabei wird ein Lichtstrahl auf die Netzhaut projiziert. Durch Messung des reflektierten und erzeugten Lichts der verschiedenen Netzhautschichten erzeugt die Methode zwei- und dreidimensionale Aufnahmen, die eine objektive und quantitative Beurteilung der Netzhaut ermöglichen. So können Strukturen wie Narbenprozesse, Veränderungen der Netzhautdicke, aber auch Flüssigkeitsansammlungen beurteilt werden. Mit der Untersuchungsmethode soll die Verlaufskontrolle ergänzend zur Visusmessung begleitend zur Behandlung (mit Injektionen) zur Steuerung des patientenindividuellen Behandlungsintervalls erfolgen. ***SG Berlin***, Urt. v. 13.12.2017 - S 28 KR 2811/15 - RID 18-02-80 wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

e) Elektrostimulation am Auge (TES mit dem OkuStim-System)

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.02.2020 - L 11 KR 2478/19 **RID 20-03-54**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 Ia, 33, 135

Leitsatz: Die **Retinitis pigmentosa** (eine erblich bedingte Erkrankung der Netzhaut) ist im fortgeschrittenen Stadium (drohende Erblindung) eine Erkrankung, die **wertungsmäßig** mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung vergleichbar ist. Versicherte der GKV, die an einer Retinitis pigmentosa im fortgeschrittenen Stadium leiden, können einen Anspruch auf Versorgung mit **transkornealer Elektrostimulationstherapie** (TES) mit dem OkuStim®-System haben.

SG Stuttgart, Urt. v. 18.06.2019 - S 9 KR 1689/18 - RID 20-02-52 verpflichtete die Bekl., der Kl. die Kosten für die Durchführung der TES-Therapie seit Januar 2018 in Höhe von 7.820,00 € zu erstatten und die Kosten für die zukünftige Therapie zu übernehmen. Das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

f) Liposuktion: Fehlende positive Empfehlung des GBA

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 16.10.2019 - S 20 KR 171/18 **RID 20-03-55**

juris

SGB V §§ 27, 39, 135

Für die **Liposuktion** als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode in der vertragsärztlichen Versorgung fehlt es an einer positiven Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode durch den GBA.

Das ***SG*** wies die Klage ab.

2. Nadelepilationsbehandlung

a) Keine nichtärztliche Elektroepilation nach geschlechtsangleichender Behandlung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 19.03.2019 - L 16 KR 552/18 **RID 20-03-56**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 6/20 R

juris

SGB V §§ 15, 27, 28

Parallelverfahren zu LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 17.03.2020 - L 16 KR 462/19 - RID 20-02-54, Revision anhängig: B 1 KR 4/20 R.

Die Gesetzliche Krankenversicherung ist auch dann nicht verpflichtet, nach einer **geschlechtsangleichenden Behandlung** bei Transsexualität die Kosten für eine **Elektroepilation** der grauen und weißen Barthaare durch eine Kosmetikerin/Elektrologistin zu übernehmen, wenn ein **Vertragsarzt** die begehrte Leistung nicht erbringt.

SG Hannover, Urt. v. 19.09.2018 - S 86 KR 384/18 - RID 19-01-88 verurteilte die Bekl., die Kosten für die notwendige Nadelepilationsbehandlung zur Entfernung der Barthaare durch eine entsprechend qualifizierte Kosmetikerin/einen entsprechend qualifizierten Kosmetiker (Elektrologistin/Elektrologisten) dem Grunde nach zu übernehmen. Das ***LSG*** wies die Klage ab.

b) Geltung des Arztvorbehalts

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 10.10.2019 - L 1 KR 397/18 **RID 20-03-57**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 19/20 R

juris

SGB V §§ 27, 28

Ein Versicherter mit anerkanntem Mann-zu-Frau-Transsexualismus hat keinen Anspruch auf eine Nadelepilationsbehandlung durch einen nichtärztlichen Leistungserbringer. Dem steht der Arztvorbehalt entgegen (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 15.08.2019 - L 1 KR 558/16 - RID 19-04-50).

SG Neuruppin, Gerichtsb. v. 19.11.2018 - S 20 KR 421/16 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

c) Keine Nadelepilation durch eine Kosmetikerin

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 26.05.2020 - L 9 KR 362/19 **RID 20-03-58**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 15, 28

Leitsatz: Die **Nadelepilationsbehandlung** zur Entfernung von Barthaaren im Gesicht als Teil der Krankenbehandlung bei **geschlechtsangleichenden Maßnahmen** wird nicht dadurch zu einer nicht eigenständig vorgenommenen Behandlung, dass sie **nicht durch einen Vertragsarzt** verantwortet wird.

SG Berlin, Urt. v. 23.08.2019 - S 36 KR 392/18 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

3. Künstliche Befruchtung: Altersgrenze für Männer

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 15.01.2020 - L 11 KR 213/19 **RID 20-03-59**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 27a III

§ 27a SGB V knüpft nicht an einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand des versicherten Ehegatten an, sondern an die **Unfruchtbarkeit des Ehepaares**. Folglich stellt nicht das Vorliegen einer Krankheit den Versicherungsfall dar, sondern die Unfähigkeit eines Ehepaares, auf natürlichem Weg Kinder zu zeugen, und die daraus resultierende Notwendigkeit einer künstlichen Befruchtung (BSG, Urt. v. 25.06.2009 - B 3 KR 7/08 R - SozR 4-2500 § 27a Nr. 8).

Verfassungsrechtliche Bedenken gegen die für männliche Versicherte geregelte **Altersgrenze** bestehen nicht. Maßgeblicher Zeitpunkt ist nicht derjenige der Antragstellung, sondern der Behandlung.

SG Duisburg, Gerichtsb. v. 04.02.2019 - S 27 KR 956/18 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

4. Werbebroschüre keine Zusicherung i.S.d. § 34 SGB X

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.06.2020 - L 11 KR 2612/19 **RID 20-03-60**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27a III 1; SGB X § 34

Leitsatz: Angaben in einer von einer Krankenkasse herausgegebenen **Werbebroschüre** enthalten keine **Zusicherung** i.S.d. § 34 SGB X.

Die über 40 Jahre alte Kl. begehrte erfolglos von der Bekl. die Erstattung der Kosten für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung. ***SG Karlsruhe***, Gerichtsb. v. 08.07.2019 - S 5 KR 598/19 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

5. Kein Anordnungsgrund bei zumutbarer Vorfinanzierung der Leistung

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 20.05.2020 - L 11 KR 166/20 B ER **RID 20-03-61**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 12 I, 13 IIIa, 76 I 2; SGG § 86b II

Die Fähigkeit eines Ast., jedenfalls gegenwärtig auf eigene Mittel zurückzugreifen, lassen ihm ein Abwarten der Hauptsacheentscheidung als zumutbar erscheinen und steht daher einem Anordnungsgrund entgegen. Erfolgt auch im Beschwerdeverfahren keinerlei substantiierter Vortrag, der eine **zumutbare Vorfinanzierung** in Höhe von ca. 800 € der begehrten Leistung ausschließt, ist das Vorliegen eines **Anordnungsgrundes** als weder dargelegt noch glaubhaft gemacht anzusehen.

SG Köln, Beschl. v. 19.02.2020 - S 9 KR 151/20 ER - lehnte den Antrag, im Wege der einstweiligen Anordnung die Ag. zu verpflichten, die Kosten zur Anfertigung eines Upright-MRT der Lendenwirbelsäule des Ast. in der Praxis Dr. T vorläufig zu übernehmen, ab. Das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

6. Zahnärztliche Behandlung

a) Langzeitprovisorien bei einer kombinierten kieferchirurgischen/kieferorthopädischen Behandlung

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 23.01.2020 - L 6 KR 109/17 **RID 20-03-62**
Revision zugelassen
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 28 II 2, 55, 56, 57

Ein **Provisorium** ist gewöhnlich Teil der Regelversorgung und ist dessen Anfertigung in den Kosten der Regelversorgung mit abgegolten. Dies ist aber dann nicht möglich, wenn ein langer Zeitraum zwischen der Versorgung mit den Langzeitprovisorien und der endgültigen Versorgung besteht, denn der Zahnersatz muss innerhalb von sechs Monaten nach Genehmigung eingegliedert werden. Insoweit besteht eine offenkundige Lücke in der Festzuschuss-Richtlinie, da solche **Langzeitprovisorien** grundsätzlich Regelleistung sein können.

Die 1988 geb. Kl. leidet u.a. an einer Amelogenesis imperfecta (angeborenen Zahnschmelzhypoplasie). Nach Mitteilung ihres behandelnden Zahnarztes hatten alle Zähne braune Stümpfe. Sie begehrte erfolglos die Versorgung mit Langzeitprovisorien im Rahmen einer kombinierten kieferchirurgischen/kieferorthopädischen Behandlung. ***SG Halle***, Urt. v. 22.03.2017 - S 22 KR 525/15 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.099,36 € zu zahlen, und wies im Übrigen die Berufung zurück.

b) Versorgung mit Zahnersatz innerhalb von sechs Monaten nach Genehmigung

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 20.05.2020 - S 20 KR 143/19 **RID 20-03-63**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27, 28, 55, 56, 87a Ia

Die **Bewilligung des Festzuschusses** hat vor der Behandlung zu erfolgen. Die Genehmigung des Heil- und Kostenplans (HKP) ist befristet. Denn dem HKP ist immanent, dass er sich auf eine unmittelbar

bevorstehende, nur durch das Genehmigungsverfahren hinausgeschobene vertragszahnärztliche Behandlung bezieht (BSG, Urt. v. 27.08.2019 - B 1 KR 9/19 R - BSGE 129, 62 <vorgesehen> = SozR 4-2500 § 13 Nr. 49 <vorgesehen>, juris Rn. 13 f. m.w.N.).
Erfolgt nicht **innerhalb von sechs Monaten** nach Genehmigung des HKP die vorgesehene Versorgung der Zähne mit Zahnersatz, entfällt die unter Gewährung des einfachen Festzuschusses erteilte Genehmigung allein bereits durch den Ablauf der sechsmonatigen Frist insgesamt, weshalb es nicht darauf ankommt, ob die Genehmigung darüber hinaus sogar unter Gewährung des doppelten Festzuschusses im Sinne des § 55 II 1 SGB V zu erfolgen hatte.

Das ***SG*** wies die Klage ab.

II. Stationäre Behandlung

1. Mammareduktionsplastik

a) Kein Nachweis zur Behandlung von Wirbelsäulenbeschwerden

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 11.08.2020 - S 20 KR 319/13 **RID 20-03-64**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 27

Die Versorgung mit **Mammareduktionsplastiken** entspricht mit Blick auf die Heilung, die Verhütung einer Verschlimmerung oder die Linderung von **Wirbelsäulen- und Schulterbeschwerden** nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und darf vor diesem Hintergrund auch im stationären Rahmen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden; eine valide und evidenzbasierte Studienlage, aus der sich ableiten ließe, dass die Versorgung mit Mammareduktionsplastiken dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse zur Behandlung von Wirbelsäulenbeschwerden entspricht, liegt nach wie vor nicht vor (vgl. nur LSG Hessen, Urt. v. 09.02.2017 - L 1 KR 134/14 - RID 17-03-129, juris Rn. 22 ff.; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.11.2017 - L 1 KR 644/15 - RID 18-01-61, juris Rn. 43).

Das ***SG*** wies die Klage ab.

b) Absinken durch Ptose

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 11.05.2020 - L 16 KR 364/19 **RID 20-03-65**
Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 50/20 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III 1, 27 I

Es besteht kein Anspruch auf die Erstattung der Kosten für eine durchgeführte **Mammareduktionsplastik**, wenn schon keine Makromastie mit überschwerer Brust besteht, sondern die Brustgröße im Verhältnis zur Körpergröße proportioniert und ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Brustgröße und dem geklagten Beschwerdebild gutachtlich im Rahmen von zwei körperlichen Untersuchungen nicht gesehen werden kann. Der Wunsch zur Durchführung der Maßnahme aufgrund des Absinkens durch die **Ptose** begründet keinen Anspruch.

SG Aurich, Gerichtsb. v. 25.07.2019 - S 38 KR 239/17 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

2. Beidseitige prophylaktische Mastektomie (Brustamputation) mit Brustsofortrekonstruktion

LSG Bayern, Urteil v. 04.06.2020 - L 20 KR 419/19 **RID 20-03-66**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 23, 27

Leitsatz: 1. Bei wertender Betrachtung kann eine **Krankheit** im Sinne von § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V bereits dann vorliegen, wenn, basierend auf Fakten, **künftig** eine schwerwiegende Erkrankung mit Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist (**Erkrankungsrisiko**), wobei die jeweiligen Chancen bei frühzeitiger Behandlung gut sind, der zu erwartende Schaden bei nicht frühzeitig, also nicht präventiv behandeltem Krankheitsverlauf dagegen dauerhaft und schwer ist.

2. Bei fehlendem **Nachweis** einer pathologischen Genmutation trotz molekular-genetischer Testung stellt allein eine familiäre Häufung von Mammakarzinomen und das damit verbundene (abstrakte) Erkrankungsrisiko grundsätzlich keine Indikation für eine **prophylaktische Mastektomie** und damit auch keine behandlungsbedürftige Krankheit im Sinne von § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V dar.

SG Würzburg, Urt. v. 10.07.2019 - S 17 KR 464/17 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

3. Liposuktion

a) Anforderungen des Qualitätsgebots

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 15.10.2019 - S 20 KR 101/15 **RID 20-03-67**

juris

SGB V §§ 27, 39, 137c

Die stationäre Liposuktion (Fettabsaugung) zur Behandlung von Lipödemen entspricht - bislang - nicht den **Anforderungen des Qualitätsgebots**.

Das ***SG*** wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 10.10.2019 - S 20 KR 18/18 **RID 20-03-68**

juris

b) Oberschenkel sowie Oberarme: Keine vom GBA empfohlene neue Methode

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 27.11.2019 - L 11 KR 830/17 **RID 20-03-69**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 28/20 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13, 27, 39

Als nicht vom GBA empfohlene **neue Methode** ist die ambulante Fettabsaugung bei Lipödemen grundsätzlich kein Leistungsgegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung.

Nach dem Gutachten „Liposuktion bei Lip- und Lymphödemen“ der Sozialmedizinischen Expertengruppe 7 des MDK v. 06.10.2011 nebst seiner Aktualisierung v. 15.01.2015 (abrufbar unter www.mds-ev.de/richtlinien-publikationen/gutachten-nutzenbewertungen.html dort Gutachten Liposuktion bei Lip- und Lymphödemen) gewährleistet diese Versorgungsform die in §§ 2 und 12 SGB V geforderten **Anforderungen an Qualität** und Wirtschaftlichkeit nicht. Aus diesem Grund kann eine Liposuktion auch unter stationären Bedingungen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden (BSG, Urt. v. 24.04.2018 - B 1 KR 13/16 R - BSGE 125, 262 = SozR 4-2500 § 137e Nr. 1).

SG Duisburg, Urt. v. 13.11.2017 - S 17 KR 1152/17 WA - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

c) Keine Kostenerstattung bei möglicher ambulanter Leistung

LSG Hamburg, Urteil v. 20.02.2020 - L 1 KR 80/19 **RID 20-03-70**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 IIIa 1, 27

Für die Geltung der **fünfwöchigen Frist** nach § 13 IIIa 1 SGB V reicht es aus, wenn der Versicherte über die Einschaltung des MDK informiert wird. Weitere Ausführungen sind nicht notwendig.

Die Kosten für eine **stationär** durchgeführte **Liposuktion** sind nicht zu erstatten, wenn die Leistung auch **ambulant** hätte erbracht werden können.

SG Hamburg, Urt. v. 27.05.2019 - S 46 KR 5205/18 WA - verurteilte die Bekl., an die Kl. 1.725 € zu zahlen. Das ***LSG*** wies die Klage ab.

4. Unterkunfts- und Verpflegungskosten im Diabetes-Dorf

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 11.05.2020 - L 9 KR 374/17 **RID 20-03-71**

Revision zugelassen

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 13 III, 27 I Nr. 5, 39, 43 I Nr. 2, 108

Leitsatz: 1. Unterkunfts- und Verpflegungskosten eines Aufenthalts in einem **„Diabetes-Dorf“**, in welchem vertragsärztliche Leistungen erbracht werden, sind weder Leistungen der **stationären Krankenhausbehandlung** noch stationäre Rehabilitation.

2. Für **Patientenschulungen** i.S. des § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V besteht Auswahlermessen der Krankenkassen. Dies steht einem Anspruch auf Kostenerstattung i.S. des § 13 Abs. 3 SGB V regelmäßig entgegen.

Die Kl. begehrt die Erstattung von Kosten der Unterkunft und Verpflegung für ihren Aufenthalt im Diabetes-Dorf A im Jahr 2013. Die 1960 geb. Kl. leidet an Diabetes Mellitus Typ 1 mit starken Blutzuckerschwankungen, einer Diabetischen Retinopathie III., einer diabetisch sensorisch betonten Polyneuropathie, einem diabetischen Fußsyndrom und diabetischer Gastroparese sowie einem arteriellen Hypertonus. Die Kl. nutzt seit 2004 eine Insulinpumpe. Sie ist Betriebsärztin. Das **Diabetes-Dorf** A ist eine Einrichtung, in welcher bis September 2015 der Internist Dr. T und die Pädiaterin Dr. G, die beide zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen waren, im Rahmen einer Gemeinschaftspraxis praktizierten. Die Einrichtung bestand aus einem „Praxishaus“ mit der Gemeinschaftspraxis sowie vier normalen Mehrfamilienhäusern, einem kombinierten „Rat- und Kinderhaus“ mit Schulungssaal sowie einem Versandhandelshaus. Träger dieser Einrichtung war seit 1994 die Firma D, deren Geschäftsführer Dr. T war. In jedem der (Mehrfamilien-)Häuser konnten für 18 Tage sieben bis 19 Personen leben, die unter Diabetes mellitus Typ I leiden, bzw. deren Angehörige. Das Diabetes-Dorf konnte nach eigener Angabe bis zu 61 Patienten behandeln. Unter Alltagsbedingungen sollten die Patienten dort mit Unterstützung und Betreuung die Pumpentherapie, d.h. Leben und Umgang mit der Insulinpumpe, lernen. Lernen, Essen zubereiten, gemeinsames Essen, Diskussionen zur Therapiefindung, Anpassungsübungen, Arztgespräche, erforderlichenfalls Behandlungen sowie Haushaltsarbeiten wechselten einander ab. Die ärztlichen Leistungen rechneten die beiden Ärzte gemäß der vertragsärztlichen Versorgung, d.h. nach dem EBM, ab. Für Unterkunft und Verpflegung erhob die Einrichtung eine sog. „Fallpauschale“, die pro Tag des Aufenthalts aus Kosten für das Zimmer (33,75 € pro Tag), Nebenkosten (26,58 € für Personal/Strom, Wasser, etc.) sowie Lebensmittelkosten von 7,67 € bestand. Für einen Aufenthalt von 18 Tagen berechnet die Einrichtung eine Fallpauschale in Höhe von 1.224,03 €. ***SG Cottbus***, Gerichtsb. v. 28.07.2017 - S 18 KR 159/13 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

III. Kostenerstattung

Nach BSG, Urt. v. 18.06.2020 - ***B 3 KR 14/18 R, B 3 KR 6/19 R*** und ***B 3 KR 13/19 R*** - begründet eine **fingierte Genehmigung** nach § 13 IIIa 6 SGB V ihrem Inhalt nach **keinen** eigenständig durchsetzbaren **Sachleistungsanspruch**, sondern nur einen - hier nicht den Gegenstand des Rechtsstreits betreffenden - Kostenerstattungsanspruch. Sie vermittelt nur eine **vorläufige Rechtsposition**, die zur Selbstbeschaffung berechtigt, und kann nur zu einem Anspruch auf Kostenerstattung bzw Kostenfreistellung führen. Der erkennende 3. Senat **schließt** sich insoweit der **kürzlich geänderten Rechtsprechung des 1. Senats** des BSG **an** (BSG, Urt. v. 26.05.2020 - B 1 KR 9/18 R -, s. nachstehend). Nach BSG, Urt. v. 26.05.2020 - ***B 1 KR 9/18 R*** - begründet eine **fingierte Genehmigung** nach dem Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 13 IIIa 6 SGB V) **keinen eigenständigen Sachleistungsanspruch**. Sie vermittelt dem Versicherten (nur) eine vorläufige Rechtsposition, die es ihm erlaubt, sich die Leistung selbst zu beschaffen und es der Krankenkasse nach erfolgter Selbstbeschaffung verbietet, eine beantragte Kostenerstattung mit der Begründung abzulehnen, nach allgemeinen Grundsätzen der GKV bestehe kein Rechtsanspruch auf die Leistung (**Aufgabe von BSG, Urt. v. 08.03.2016** - B 1 KR 25/15 R - BSGE 121, 40 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 33 Rn. 25; zuletzt BSG, Urt. v. 27.08.2019 - B 1 KR 36/18 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 48). Die nach Fristablauf fingierte Genehmigung eines Antrags auf Leistungen hat **nicht die Qualität eines Verwaltungsaktes**. Durch den Eintritt der Genehmigungsfiktion wird das durch den Antrag in Gang gesetzte **Verwaltungsverfahren nicht abgeschlossen**. Die Krankenkasse ist weiterhin berechtigt und verpflichtet, über den gestellten Antrag zu entscheiden und damit das laufende Verwaltungsverfahren abzuschließen (**Aufgabe von BSG, Urt. v. 11.07.2017** - B 1 KR 26/16 R - BSGE 123, 293 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 36 Rn. 10 und 37; zuletzt BSG, Urt. v. 27.08.2019 - B 1 KR 36/18 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 48 Rn. 11 und 42). Ist über den materiell-rechtlichen Leistungsanspruch bindend entschieden oder hat sich der Antrag anderweitig erledigt, endet das durch die Genehmigungsfiktion begründete Recht auf Selbstbeschaffung der beantragten Leistung auf Kosten der Krankenkasse. Die bestandskräftige Entscheidung über den Leistungsantrag vermittelt dem Versicherten positive Kenntnis darüber, ob er die beantragte Leistung beanspruchen kann. Nach BSG, Urt. v. 26.05.2020 - ***B 1 KR 21/19 R*** - hat die Kl. keinen Anspruch auf die Erstattung der Kosten für die in Österreich durchgeführte ambulante Augenoperation nach § 13 III u. IV SGB V sowie nach unmittelbar anwendbarem Gemeinschaftsrecht, weil die für die Operation verwendete **CISIS-Behandlung mit MyoRing-Implantation** nicht zum Leistungskatalog der GKV gehört. Ein Anspruch ergibt sich auch nicht aus § 2 Abs. 1a SGB V, weil die Kl. nicht drohte zu erblinden. Ein auf die **Genehmigungsfiktion** gestützter Kostenerstattungsanspruch nach § 13 IIIa 7 SGB V scheitert daran,

dass **§ 13 IIIa SGB V auf Ansprüche nach § 13 IV SGB V sachlich nicht anwendbar** ist. § 13 IIIa SGB V findet jedenfalls dann keine Anwendung auf Ansprüche gegen Krankenkassen, die unmittelbar auf eine Geldleistung gerichtet sind, wenn der zugrunde liegende Beschaffungsvorgang des Versicherten nicht seinerseits von einer Bewilligung der Krankenkasse als weiterer Voraussetzung abhängt. Auch der Anspruch auf sachleistungsersetzende Kostenerstattung nach § 13 IV SGB V ist auf eine Geldleistung für die vorausgegangene Beschaffung einer Leistung im Ausland (EU, EWR, Schweiz) gerichtet. Die Kl. hatte auch ohne eine vorherige Bewilligung durch die Krankenkasse das Recht, sich die Leistung selbst zu beschaffen. Ein entsprechender Antrag auf Übernahme oder Erstattung der bei der Selbstbeschaffung anfallenden Kosten ist deshalb kein Antrag im Sinne des § 13 IIIa SGB V.

1. Genehmigungsfiktion

a) Umgehung des Fristenregimes durch Entscheidung vor MDK-Begutachtung

LSG Bayern, Beschluss v. 13.05.2020 - L 5 KR 642/19 **RID 20-03-72**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa

Leitsatz: 1. Der Erlass eines **Ablehnungsbescheids vor Erhalt des Gutachtenergebnisses des MDK** verstößt gegen die Amtsermittlungspflicht (§ 20 SGB X) und ist eine rechtswidrige Umgehung des Fristenregimes in § 13 Abs. 3a SGB V.
2. In Fällen, in denen der Ablauf der 5-Wochenfrist bevorsteht und das Gutachten des MDK trotz rechtzeitiger Beauftragung der Kasse noch nicht vorliegt, darf die Kasse, um den Eintritt einer Genehmigungsfiktion zu verhindern, nur nach § 13 Abs.3a S. 4 SGB V vorgehen (begründete **schriftliche Mitteilung** mit taggenauem Entscheidungsdatum).

SG München, Urt. v. 25.09.2019 - S 7 KR 923/19 - verurteilt die Bekl. zur Versorgung mit dem beantragten Hilfsmittel (Lymphapress 12-Kammer-Kompressionsgerät), das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

b) Leistungsbeschaffung vor Fristablauf

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 20.02.2020 - L 6 KR 12/18 **RID 20-03-73**
Revision anhängig: B 1 KR 3/20 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 IIIa

Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung für eine in einer privatärztlichen Gemeinschaftspraxis vorgenommene Liposuktion im Rahmen der **Genehmigungsfiktion**, wenn sich eine Versicherte diese Leistung **nicht erst nach Ablauf der Frist** beschafft hat, nach der die Fiktion eingetreten ist.

SG Dessau-Roßlau, Urt. v. 22.11.2017 - S 21 KR 13/17 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

c) Nicht zugelassene Psychotherapeuten: Fehlende Erforderlichkeit

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 17.09.2019 - L 16 KR 240/19 **RID 20-03-74**
Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 22/20 R
juris
SGB V § 13 IIIa

Ein Antrag auf Genehmigung psychotherapeutischer Behandlung ist nicht **hinreichend bestimm**t im Sinne des § 13 IIIa SGB V, wenn gleichzeitig vier verschiedene Anträge, mit denen Kostendeckungszusagen für Therapien bei vier verschiedenen Gestaltungstherapeuten begehrt wird, gestellt werden.
Die beschränkt beantragte Leistung nur durch einen **nicht zugelassenen Leistungserbringer** (hier: Psychotherapeuten) liegt außerhalb des Leistungskatalogs der GKV und ist nicht genehmigungsfähig i.S.d. § 13 IIIa SGB V.

SG Hannover, Urt. v. 14.03.2019 wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

d) Maßschuhe und Diabetes-adaptierte Fußbettungen zur Prophylaxe von Druckstellen

LSG Saarland, Urteil v. 23.07.2019 - L 2 KR 39/18 **RID 20-03-75**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 3 KR 11/20 R

juris

SGB V §§ 13 IIIa, 33 I

Zwar dürfte häufig - oder sogar regelmäßig - bei der Verordnung von Maßschuhen aufgrund von Fußfehlformen der Anwendungsbereich des § 13 IIIa SGB V nicht eröffnet sein; es wird in solchen Fällen regelmäßig um den Ausgleich einer (Geh-)Behinderung gehen und nicht um die Sicherung einer Krankenbehandlung. Der Schwerpunkt der Zielsetzung einer Versorgung mit Maßschuhen und Diabetes-adaptierten Fußbettungen kann in der **Sicherung der Krankenbehandlung** liegen, so dass der Anwendungsbereich des § 13 IIIa SGB V eröffnet ist. Dies ist der Fall, wenn die Verordnung von Maßschuhen zur Prophylaxe von Druckstellen durch die Vermeidung von gefährdenden Nähten im Schuhwerk dient.

SG für das Saarland, Urt. v. 09.05.2018 verurteilte die Bekl., den Kl. mit einem Paar orthopädischer Straßenschuhe mit diabetes-adaptierten Fußbetteinlagen zu versorgen. Das ***LSG*** wies die Berufung der Bekl. mit der Maßgabe zurück, dass die Bekl. den Kl. mit einem Paar orthopädischer Maßschuhe mit diabetes-adaptierten Fußbetteinlagen zu versorgen hat.

2. Voraussetzungen einer unaufschiebbaren Leistung

LSG Schleswig-Holstein, Urteil v. 25.05.2020 - L 5 KR 123/15 ZVW **RID 20-03-76**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 13 III 1

Der **Erstattungstatbestand** des § 13 III 1 1. Alt. SGB V (**unaufschiebbare Leistung**) setzt voraus, dass die beantragte Leistung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Erbringung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubes mehr besteht, um vor der Beschaffung die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten. Die Regelung erfasst auch die Fälle, in denen der Versicherte zunächst einen Antrag bei der Krankenkasse stellte, aber wegen Unaufschiebbarkeit deren Entscheidung nicht mehr abwarten konnte. Der Erstattungstatbestand kann gerade auch dann erfüllt sein, wenn zwischen der erstmaligen Anfrage des Versicherten bei einem Behandler, einer etwaigen Voruntersuchung und dem eigentlichen Behandlungsbeginn längere (Warte-)Zeiten, ggf. auch mehrere Wochen, verstreichen (BSG, Urt. v. 08.09.2015 - B 1 KR 14/14 R - KrV 2015, 254 = KHE 2015/64 = USK 2015-59).

Die Kl. begehrt von der Bekl. die Erstattung von Kosten für eine Protonentherapie zur Behandlung der metastasierten Krebserkrankung ihres mittlerweile verstorbenen Ehemannes (18.978,45 €). ***SG Lübeck***, Urt. v. 18.09.2012 - S 1 KR 323/11 - wies die Klage ab, das ***LSG*** wies mit Urt. v. 16.01.2014 - L 5 KR 102/12- die Berufung zurück. ***BSG***, Urt. v. 08.09.2015 - B 1 KR 14/14 R - KrV 2015, 254 = KHE 2015/64 = USK 2015-59 wies den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurück. Das ***LSG*** wies erneut die Berufung zurück. Es ging davon aus, dass in jedem Fall eine medizinische Unaufschiebbarkeit der Protonenbehandlung nicht vor dem Zeitpunkt bestanden habe, in dem dem Ehemann der Kl. gegenüber der Ablehnungsbescheid vom 11.02.2011 wirksam wurde - und mithin auch nicht in dem von dem BSG in seinem zurückverweisenden Urteil insoweit als maßgeblich benannten Zeitpunkt, in dem der Ehemann der Klägerin die Vorauszahlung leistete und den Flug nach M... buchte (also am 04. bzw. 08.02. 2011).

3. Delfintherapie im Curacao-Dolphin-Therapy-Center

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 23.01.2020 - L 16 KR 667/14 **RID 20-03-77**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 63/20 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I 3, 18 I 1

Es ist bereits fraglich, ob die Anwendung der **Delfintherapie** im Rahmen ihrer therapeutischen Zielsetzung über das hinausgeht, was bei einem bloßen Schwimmen mit Delfinen geschieht, sodass letzterem die Bedeutung des Einsatzes von Heilmitteln im Rahmen der streitigen Therapie zugebilligt werden könnte (ablehnend bezüglich der Interaktion von Pferd und Mensch bei der Hippotherapie BSG, Urt. v. 19.03.2002 - B 1 KR 36/00 R - SozR 4-2500 § 138 Nr. 2, juris Rn. 16 ff.).

Die **im Curacao-Dolphin-Therapy-Center** auf den niederländischen Antillen durchgeführte Delfintherapie erfüllt nicht das Qualitätsgebot des § 2 I 3 SGB V, das auch für solche Leistungen gilt, die der Versicherte nur im Ausland erlangen kann (BSG, Urt. v. 20.04.2010 - B 1/3 KR 22/08 R - BSGE 106, 81 = SozR 4-1500 § 109 Nr. 3, juris Rn. 29).

SG Köln, Urt. v. 17.09.2014 - S 23 KR 438/13 - gab der Klage statt und verurteile die Bekl., ihm den Betrag i.H.v. 15.476,33 € zu erstatten. Das ***LSG*** wies die Klage ab.

4. Abrechnung nach den Vorschriften der GOÄ

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 29.01.2020 - L 11 KR 465/18 **RID 20-03-78**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 30/20 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 13 III

Die **Erstattung von Kosten** setzt voraus, dass dem Versicherten Kosten entstanden sind. Geht es um die Kosten einer ärztlichen Behandlung, so besteht ein Vergütungsanspruch des Arztes nur, wenn dem Patienten darüber eine **Abrechnung nach den Vorschriften der GOÄ** erteilt worden ist (BSG, Urt. v. 11.07.2017 - B 1 KR 1/17 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 37; BSG, Urt. v. 23.07.1998 - B 1 KR 3/97 R - SozR 3-2500 § 13 Nr. 17).

SG Dortmund, Urt. v. 22.05.2018 - S 13 KR 488/16 - verurteilte die Bekl., die für die Durchführung der Liposuktionen an den Ober- und Unterschenkeln sowie Oberarmen entstandenen Kosten in Höhe von 14.985 € zu erstatten. Das ***LSG*** wies die Klage ab.

IV. Arzneimittel

1. Off-Label-Use

a) Effentora zur Behandlung von chronischem Schmerzsyndrom

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 05.02.2020 - L 11 KR 251/19 B ER **RID 20-03-79**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 Ia, 27, 31 I, 35c II

Eine zulassungsüberschreitende Anwendung (sog. **Off-Label-Use**) des zur Behandlung von Durchbruchschmerzen bei erwachsenen Krebspatienten, die bereits eine Opioid-Basistherapie gegen chronische Tumorschmerzen erhalten, zugelassenen Arzneimittels **Effentora** liegt vor, wenn mit dem Arzneimittel ein **chronisches Schmerzsyndrom** behandelt werden soll. Für diese Indikation ist keine kontrollierte klinische Prüfung der Phase III durchgeführt und veröffentlicht worden.

SG Detmold, Beschl. v. 18.02.20019 - S 22 KR 67/19 ER - lehnte den Antrag im Eilrechtsschutz ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

b) CellCept bei interstitieller Lungenerkrankung im Rahmen einer Polyarthritis

LSG Bayern, Urteil v. 14.07.2020 - L 4 KR 609/15 **RID 20-03-80**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 Ia, 13 III, 27, 35c I u. II

Leitsatz: Die Krankenkasse ist weder gemäß §§ 27 Abs. 1 S. 1 u. 2 Nr. 3, 31 Abs. 1 S. 1 SGB V i.V.m. Arzneimittelgesetz noch nach Maßgabe der Grundsätze des Off-Label-Use von Arzneimitteln noch aufgrund § 2 Abs. 1a SGB V oder eines Seltenheitsfalls zur Gewährung des Arzneimittels CellCept bei Vorliegen einer Non-specific interstitial pneumonia (NSIP) bei rheumatoider Arthritis, Rheumafaktor-negativ, verpflichtet.

SG Landshut, Gerichtsb. v. 01.12.2015 - S 4 KR 174/13 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

c) Sativex® bei infantiler Zerebralparese

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 28.04.2020 - S 20 KR 455/16 **RID 20-03-81**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27, 31

Eine Versicherte kann die Behandlung ihrer **infantilen Zerebralparese** mit einer bei ihr erheblich ausgeprägten Paraspastik der Beine mit dem Fertigarzneimittel **Sativex®** als Krankenbehandlung (§ 27 I 2 Nr. 3 i.V.m. § 31 I 1 SGB V) mangels indikationsbezogener Zulassung nicht beanspruchen. Eine Versorgung im Rahmen eines **Off-Label-Use** kommt nicht in Betracht, wenn die verfügbaren Therapieoptionen nicht ausgeschöpft sind.

Das ***SG*** wies die Klage ab.

2. Cannabis

a) Posttraumatische Belastungsstörung u. Psychopharmaka

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 19.05.2020 - L 9 KR 184/20 B ER **RID 20-03-82**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 31 VI

Leitsatz: Eine **posttraumatische Belastungsstörung**, jedenfalls aber ihre Auswirkungen, können eine schwerwiegende Erkrankung sein, welche eine Verpflichtung zur vorläufigen Versorgung mit Cannabisblüten im Wege der Folgenabwägung rechtfertigen kann.

SG Berlin, Beschl. v. 30.03.2020 - S 122 KR 407/20 ER - entschied, dass der Ast. zumindest vorübergehend mit Cannabisblüten zu versorgen ist. Das ***LSG*** verpflichtete auf Beschwerde der Ag. die Ag. im Wege der einstweiligen Anordnung, den Ast. vorläufig bis zum Abschluss des Verfahrens S 122 KR 2510/19, längstens bis zum 31.10.2020, mit Cannabisblüten der Sorten Klenk 18/1, Bedrobinol und Pedanios jeweils 20 g (Blüten zur unzerkleinerten Abgabe zu Inhalation bis 2,85 g/d) gemäß schriftlicher Anordnung zu versorgen. Im Übrigen wies es den Eilantrag und die Beschwerde zurück. Es wies ferner darauf hin, dass eine **Psychotherapie** eine begleitende Medikation im Fall des Kl. derzeit nachvollziehbar nicht ersetzen kann. Ein Versicherter kann nicht darauf verwiesen werden, weitere Behandlungsversuche mit Psychopharmaka zu unternehmen. Im Unterschied zur Rechtslage unter § 2 Ia SGB V müssen **Nebenwirkungen** von alternativen Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen des § 31 VI SGB V nicht durchlitten worden sein.

b) Nachholung der begründeten Einschätzung

SG Berlin, Urteil v. 04.12.2019 - S 211 KR 1405/18 **RID 20-03-83**
juris
SGB V § 31 VI

Ein **Vorrangverhältnis** eines Off-Label-Uses gegenüber einer Verordnung gem. § 31 VI SGB V besteht nicht.
Eine **begründete Einschätzung** kann auch während des Klageverfahrens erfolgen, da im Rahmen der Verpflichtungsklage entscheidungserheblicher Zeitpunkt der Zeitpunkt der Urteilsfindung ist (anders LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 25.02.2019 - L 11 KR 240/18 B ER - juris Rn. 74, RID 19-02-79).

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., dem Kl. die beantragte Versorgung mit Cannabis zu genehmigen, die dem Kl. seit dem 23.02.2018 entstandenen Kosten der Arzneimittelversorgung mit Cannabisblüten aufgrund ärztlicher Verordnungen gegen Nachweis zu erstatten sowie die Kosten des Vaporisators (Mighty Medic) endgültig zu übernehmen.

c) Therapiefestlegung durch Arzt

LSG Bayern, Urteil v. 05.11.2019 - L 5 KR 544/18 **RID 20-03-84**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 31 VI

Leitsatz: Krankenversicherungsträger dürfen zur Versorgung ihrer Versicherten mit Cannabis nicht die **kostengünstigste Darreichungsform** festlegen, wenn Darreichungsformen unterschiedliche

Wirkweisen haben. Form und Dosis der Therapie sind ausschließlich von dem behandelnden **Vertragsarzt patientenindividuell** zu bestimmen.

SG Augsburg, Beschl. v. 19.01.2018 - S 2 KR 590/17 ER - verpflichtete die Bekl. vorläufig, dem Kl. ab 29.11.2017 bis 30.04.2018 ein verfügbares Cannabispräparat als Arzneimittel als Sachleistung zur Verfügung zu stellen bzw. in diesem Zeitraum bereits entstandene Kosten zu erstatten. LSG Bayern, Beschl. v. 25.06.2018 - L 4 KR 119/18 B ER - RID 18-03-109 verpflichtete die Bekl. vorläufig, dem Kl. ab 01.03.2018 bis 30.04.2018 ein verfügbares Cannabispräparat als Arzneimittel als Sachleistung zur Verfügung zu stellen bzw. in diesem Zeitraum bereits entstandene Kosten, mit Ausnahme des Zuzahlungsbetrages, zu erstatten. ***SG Augsburg***, Urt. v. 30.10.2018 - S 2 KR 675/16 - entsprach dem Klageantrag des Kl. im Wesentlichen und sprach Kostenerstattung für cannabishaltige Medikation für die Vergangenheit ab dem 10.03.2017 abzüglich der Zuzahlungsbeträge zu (1.625,68 €) und stellte fest, dass der Kl. künftig von der Bekl. mit den verordneten Medikamenten zu versorgen ist. Das ***LSG*** wies die Berufung der Bekl. zurück.

3. Zolgensma

a) Fehlende Erfolgsaussichten einer Behandlung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 11.05.2020 - L 10 KR 200/20 B ER **RID 20-03-85**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 I, 13 IIIa, 31

Die für **§ 13 IIIa SGB V** erforderliche **subjektive Erforderlichkeit** fehlt, wenn es sich bei der begehrten Behandlung um eine solche handelt, die zum - maßgeblichen - Zeitpunkt der Antragstellung durch die behandelnden Fachärzte weder befürwortet noch für notwendig erachtet wird.

Ein Anspruch nach **§ 2 Ia SGB V** besteht nicht, wenn bereits nicht festgestellt werden kann, dass eine anerkannte Behandlung nicht zur Verfügung steht.

Die gewünschte Behandlung mit **Zolgensma** verspricht vorliegend nämlich nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft weder eine Aussicht auf Heilung noch auf eine positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Dies folgt bereits daraus, dass auch in den USA das Therapeutikum nur für die Anwendung innerhalb der ersten zwei Lebensjahre zugelassen ist. Nach den wissenschaftlichen Erkenntnissen zeigt Zolgensma bei älteren Kindern wie dem Ast. offenbar keine ausreichende Wirkung. Zudem fehlt eine abgeschlossene veröffentlichte Studie mit Relevanz für den Ast. Schließlich ergibt sich aus den bisherigen Aussagen der behandelnden Ärzte ebenfalls nicht, dass mit Zolgensma die erhoffte Heilung oder der Stillstand der Erkrankung erreicht werden könnte.

SG Dortmund, Beschl. v. 20.02.2020 - S 74 KR 155/20 - wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** die Beschwerde zurück.

b) Fehlende medizinische Indikation

LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss v. 22.06.2020 - L 16 KR 223/20 B ER **RID 20-03-86**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 2 Ia, 27, 31

Die fehlende Zulassung des Arzneimittels Zolgensma steht einer Behandlung durch die am 18.05.2020 erfolgte **(bedingte) Zulassung** nicht mehr entgegen. Denn zu diesem Zeitpunkt ist Zolgensma für den europäischen Markt für **Kleinkinder** mit SMA Typ 1 und Typ 2 und einem Körpergewicht von nicht mehr als 21 Kilogramm zugelassen worden.

Eine solche **medizinische Indikation** zum Einsatz von Zolgensma im Rahmen der ambulanten oder stationären Behandlung ist hier jedoch auf Grundlage der im einstweiligen Rechtsschutzverfahren vorliegenden medizinischen Unterlagen bisher aber nicht glaubhaft gemacht.

Darüber hinaus wird eine Behandlung mit Zolgensma von den **behandelnden Ärzten** im J. auch keineswegs beabsichtigt.

Die Beteiligten streiten um die Kostenübernahme für das Arzneimittel Zolgensma zur Behandlung der spinalen Muskelatrophie im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes. ***SG Osnabrück***, Beschl. v. 05.05.2020 - S 18 KR 34/20 ER - lehnte dem Antrag ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

4. Festbetragsfreie Versorgung: Arzneimittelalternativen ohne Nebenwirkungen (Crestor®)

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 20.11.2019 - L 11 KR 709/15 **RID 20-03-87**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 37/20 B
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 35

Im Fall der wirksamen Festsetzung eines **Festbetrages** erfüllt die Krankenkasse regelmäßig mit diesem ihre Leistungspflicht gegenüber dem Versicherten (§ 12 II SGB V; zum Ganzen BSG, Urt. v. 03.07.2012 - B 1 KR 22/11 R - BSGE 111, 146 = SozR 4-2500 § 35 Nr. 6). Eine **festbetragsfreie Versorgung** (hier: mit Crestor®) kann nicht beansprucht werden, wenn nicht festzustellen ist, dass die zum Festbetrag erhältlichen Arzneimittelalternativen Nebenwirkungen verursachen, die über bloße Unannehmlichkeiten oder Befindlichkeitsstörungen hinausgehen und damit die Qualität einer behandlungsbedürftigen Krankheit im Sinne des § 27 I 1 SGB V erreichen.

SG Dortmund, Urt. v. 20.10.2015 - S 51 KR 1205/10 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

V. Heilmittel

1. Langfristiger Heilmittelbedarf: Vergleichbarkeit der Schädigungen

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 18.02.2020 - L 11 KR 162/19 **RID 20-03-88**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 32 Ia; HeilM-RL § 8a

Leitsatz: Bei der nach § 8a Abs. 3 HeilM-RL zu treffenden Feststellung, ob ein **langfristiger Heilmittelbedarf** vorliegt, ist zu beachten, dass die Diagnoseliste in Anlage 2 der HeilM-RL Diagnosegruppen und Indikationsschlüssel benennt und die Art des grundsätzlich in Betracht kommenden Heilmittels regelt. Die von § 8a Abs. 3 HeilM-RL geforderte **Vergleichbarkeit** der Schädigungen mit denen der Anlage 2 muss sowohl hinsichtlich der **Diagnose** als auch der **Diagnosegruppe bzw. des Indikationsschlüssels** gegeben sein.

SG Mannheim, Gerichtsbescheid v. 30.11.2018 - S 6 KR 3578/17 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

2. Langfristiger Heilmittelbedarf: „Immer wieder“ auftretender Behandlungsbedarf

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 30.06.2020 - L 11 KR 4345/19 **RID 20-03-89**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 32 Ia; HeilM-RL § 8a

Leitsatz: Ein **„immer wieder“** auftretender **Behandlungsbedarf** begründet noch keinen Anspruch auf Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung in Form von manueller Therapie.

SG Freiburg, Gerichtsb. v. 19.11.2019 - S 16 KR 2019/18 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

VI. Hilfsmittel

Nach BSG, Urt. v. 07.05.2020 - ***B 3 KR 7/19 R*** - ist ein Hilfsmittel erforderlich, um **einer drohenden Behinderung vorzubeugen**, wenn ein konkretes Behinderungsrisiko besteht. Bei einer - wie hier - bereits bestehenden Behinderung dient das Hilfsmittel (nur) zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung, wenn mit dessen Einsatz im Schwerpunkt die Verschlimmerung der vorhandenen Behinderung oder das Hinzutreten einer wertungsmäßig neuen Behinderung verhütet wird. Dazu dient das Hilfsmittel hier nach den Tatsachenfeststellungen des LSG nicht. Indes kommt ein Anspruch nach der dritten Variante von § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V (= **Versorgung mit dem Hilfsmittel zum Ausgleich einer bereits bestehenden Behinderung**) in Betracht. Dem Behinderungsausgleich dient ein Hilfsmittel, wenn es seinem Zweck entsprechend die Auswirkungen der Behinderung beseitigt oder mindert und damit der Befriedigung der allgemeinen Grundbedürfnisse des täglichen Lebens dient. Das in der Rechtsprechung des Senats anerkannte **Grundbedürfnis der zumutbaren Erschließung des Nahbereichs der Wohnung mit einem Hilfsmittel darf dabei nicht zu eng gefasst werden** in Bezug auf die Art und Weise, wie sich Versicherte den Nahbereich zumutbar und in angemessener Weise erschließen. Dies folgt aus den Teilhabezielen des SGB IX und aus dem verfassungsrechtlichen Benachteiligungsverbot des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG als Grundrecht und objektive Wertentscheidung i.V.m. dem Recht auf persönliche Mobilität nach Art. 20 UN-Behindertenrechtskonvention. Der Senat sieht sich hierbei im Einklang mit der Rechtsprechung des BVerfG zum Paradigmenwechsel, den Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG mit sich gebracht hat, und der Menschen mit Behinderungen ermöglichen

soll, so weit wie möglich ein selbstbestimmtes und selbständiges Leben zu führen (zuletzt BVerfG vom 30.1.2020 - 2 BvR 1005/18). Der Anspruch auf ein Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich ist danach **nicht von vornherein auf eine Minimalversorgung beschränkt**. Vielmehr kommt ein Anspruch auf Versorgung bereits in Betracht, **wenn das Hilfsmittel wesentlich dazu beitragen oder zumindest maßgebliche Erleichterung bringen würde, Versicherten auch nur den Nahbereich im Umfeld der Wohnung (z.B. bei Einkäufen oder Arzt- und Apothekenbesuchen) in zumutbarer Weise zu erschließen.** Über das Vorliegen der Voraussetzungen dieses Anspruchs konnte der Senat auf der Grundlage der bisherigen Tatsachenfeststellungen nicht abschließend entscheiden. Es fehlen insbesondere Feststellungen dazu, auf welche Art und Weise sich die Klägerin den Nahbereich ihrer Wohnung tatsächlich mit und ohne Hilfe anderer erschließen konnte.

1. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

a) Fußhebersystem (Typ Bioness L 300)

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 12.05.2020 - S 20 KR 85/15 **RID 20-03-90**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 27, 33, 92, 135 I 1

Bei dem **Fußhebersystem** des Typs Bioness L 300 handelt es sich um ein Hilfsmittel, das dem Versorgungziel der **Sicherung des Erfolges einer Krankenbehandlung** dient (§ 33 I 1 SGB V). Einem Anspruch auf Versorgung steht indes die Sperrwirkung des § 135 I 1 SGB V entgegen, da der **GBA** noch keine positive Empfehlung abgegeben hat.

Das ***SG*** wies die Klage ab.

b) Dynamische Finger-Hand-Handgelenk-Unterarm-Orthese

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 09.06.2020 - S 20 KR 493/16 **RID 20-03-91**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 33 I, 91, 135 I 1

Die Versorgung mit einer dynamischen Finger-Hand-Handgelenk-Unterarm-Orthese des Typs SaeboFlex dient dem Versorgungziel der Sicherung des Erfolges einer Krankenbehandlung (§ 33 I 1 SGB V). Einer Versorgung steht indes die Sperrwirkung des § 135 I 1 SGB V entgegen, da es an einer positiven Empfehlung des GBA fehlt.

Das ***SG*** wies die Klage ab.

c) Kopforthese

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 15.04.2020 - S 20 KR 191/18 **RID 20-03-92**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 135 I

Die Versorgung mit einer zur ärztlichen Behandlung einer Schädelasymmetrie eingesetzten **Kopforthese** gehört nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (BSG, Urt. v. 11.05.2017 - B 3 KR 6/16 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 51).

Das ***SG*** wies die Klage ab.

2. Rollstuhlzuggerät

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.06.2020 - L 11 KR 2883/19 **RID 20-03-93**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I

Leitsatz: Versicherte der GKV, die mit 2 Aktivrollstühlen und einem Handbike versorgt sind, haben keinen Anspruch auf Versorgung mit einer **elektronischen Antriebshilfe (Rollstuhlzuggerät)**.

SG Heilbronn, Urt. v. 16.08.2019 - S 12 KR 1016/18 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

3. PleurX Peritoneal-Kathetersystem

LSG Bayern, Beschluss v. 10.06.2020 - L 4 KR 150/20 B ER **RID 20-03-94**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33 I

Leitsatz: 1. Eine **fingierte Genehmigung** begründet keinen eigenständigen Sachleistungsanspruch. Der Senat schließt sich der geänderten Rechtsprechung des 1. Senats des Bundessozialgerichts grundsätzlich an.
2. Ein Anspruch auf das Hilfsmittel unmittelbar nach §§ 27, 33 SGB V scheidet vorliegend aus, da es für die beim Versicherten bestehende Indikation im **Hilfsmittelverzeichnis nicht genannt** ist.
3. Der beim Versicherten bestehende ausgeprägte Aszites begründet zumindest derzeit keine **notstandsähnliche Situation** im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen des § 2 Abs. 1a SGB V.
4. Nach Würdigung im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes stehen gegenwärtige **alternative Behandlungsmethoden** zur Verfügung.

Streitig ist im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes die vorläufige Kostenübernahme für ein PleurX Drainage Minikit des Herstellers Denver Biomed. Bei dem PleurX-System handelt es sich um einen Teflonkatheter, der unter die Haut verlegt wird und über einen speziellen Verschlussmechanismus verfügt. Mittels einer Redonflasche wird ein Vakuum erzeugt, das das Bauchwasser aus dem Körper zieht. Zur Verlegung des Katheters ist ein invasiver Eingriff erforderlich; es ist für die Anwendung an der Lunge bestimmt. Der Kl. leidet an einer pulmonalen Hypertonie mit stauungsbedingter Leberzirrhose und Aszites (Ansammlung von Flüssigkeit in der freien Bauchhöhle). ***SG München***, Beschl. v. 19.03.2020 - S 19 KR 279/20 ER - juris lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

4. Software „Meine eigene Stimme“

SG Hamburg, Urteil v. 04.06.2020 - S 25 KR 363/18 **RID 20-03-95**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 13 III, 33 I

Die **Software „Meine eigene Stimme“** kann erforderlich sein, um eine progrediente Sprachbehinderung auszugleichen, auch wenn noch vergleichsweise wenig Einschränkungen bei der Körperfunktion des Sprechens bestehen und eine mündliche Verständigung ohne Weiteres noch möglich ist. Aufgrund der Besonderheit des Hilfsmittels ist dessen **medizinische Erforderlichkeit** aber bereits gegeben, wenn eine gesicherte Prognose des zukünftigen Verlustes der Sprechfähigkeit vorliegt. Die Anwendung des Hilfsmittels hängt schlechthin davon ab, dass noch ein gut ausgeprägtes Sprechvermögen vorhanden ist, weil sonst die nötigen Sprachaufnahmen der eigenen Stimme nicht durchgeführt werden können.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl. zu 1), der Kl. als Rechtsnachfolgerin des ursprünglichen Kl. die Kosten für die Versorgung mit der Software „Meine eigene Stimme“ (Sprachaufnahmen und Erstellung der Software) vollständig - in Höhe von insgesamt 4.226,50 € - zu erstatten. Die gegen die Bekl. zu 2) gerichtete Klage wies es ab.

5. Spezialbrille für Kleinkind

SG Leipzig, Gerichtsbescheid v. 16.04.2020 - S 8 KR 700/17 **RID 20-03-96**
juris
SGB V §§ 2 I 1, 12 I, 13 III 1, 33; SGB I § 14

Leitsatz: Zum Kostenerstattungsanspruch eines Kleinkindes auf eine Sehhilfe.

Die Beteiligten streiten über die Kostenerstattung für eine Spezialbrille eines Kleinkindes, der 2015 geb. Kl. Das ***SG*** verurteilte die Bekl., über die bereits bewilligten Zuschüsse hinaus den Differenzbetrag von insgesamt 784,12 € zu den Kosten einer Versorgung der Kl. mit Brillen durch das Unternehmen gemäß Rechnungen vom 27.04.2017 und 23.02.2018 i.H.v. insgesamt jeweils 1.389 € und 1.264 €, abzgl. jeweils der Kosten für das Brillengestell i.H.v. 70 €, zu übernehmen.

6. Zweitversorgung

a) Therapiestuhl für Besuch einer vorschulischen Kindereinrichtung

LSG Sachsen, Urteil v. 18.06.2020 - L 9 KR 761/17 **RID 20-03-97**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 13 III, 33 I; SGB IX § 14 IV 1

Leitsatz: 1.Ein Anspruch auf **Zweitversorgung** mit einem Hilfsmittel nach § 33 Abs. 1 SGB V für den Besuch einer vorschulischen Kindereinrichtung besteht erst ab Vollendung des dritten Lebensjahres (Anschluss an BSG, Urt. v. 03.11.2019 - B 3 KR 13/10 R - EzSG K 18/520/Nr. 3, 251t = Die Leistungen Beilage 2014, 295).
2. Bei einem Kostenerstattungsanspruch nach § 14 Abs. 4 S. 1 SGB IX (in der bis zum 31. Dezember 2017 geltenden Fassung) ist für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage auf den **Zeitpunkt** der Bewilligungsentscheidung des (vor-)leistenden Trägers abzustellen (vergleichbar dem Zeitpunkt der verbindlichen Selbstbeschaffung im Rahmen des Kostenerstattungsanspruchs nach § 13 Abs. 3 SGB V).
3. Hat der Versicherte im **Zeitpunkt der Bewilligungsentscheidung das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet**, scheidet ein Leistungsanspruch nach § 33 Abs. 1 SGB V und damit auch ein Kostenerstattungsanspruch des (vor-)leistenden Trägers gegen die Krankenkasse nach § 14 Abs. 4 S. 1 SGB IX aus.

SG Leipzig, Urt. v. 16.10.2017 - S 3 KR 589/16 - verurteilte die bekl. Krankenkasse antragsgemäß zur Erstattung der vom Kl. verauslagten Kosten für die Zweitversorgung des Versicherten mit einem Therapiestuhl für die Kindereinrichtung, das ***LSG*** wies die Klage ab.

b) Beschränkung auf Basisausgleich: Zweiter Sauerstofftank für das Auto

SG München, Urteil v. 10.06.2020 - S 59 KR 1271/18 **RID 20-03-98**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 33; SGB XI § 44 V

Leitsatz: 1. Bei der Versorgung mit einem **zweiten Sauerstofftank** für das Auto zur Sicherstellung der Atemfunktion bei längeren Abwesenheiten handelt es sich um einen **unmittelbaren Behinderungsausgleich** (a.A. LSG Sachsen, Urt. v. 21.09.2011 - L 1 KR 226/10 - RID 12-02-130).
2. Der Grundsatz, dass im Bereich des unmittelbaren Behinderungsausgleichs ein möglichst weitgehender **Ausgleich des Funktionsdefizits** geschuldet wird, gilt nur für die **Erstversorgung** mit einem Hilfsmittel. Für einen Anspruch auf Versorgung mit einem zweiten Hilfsmittel gleicher Art für einen speziellen Zweck gilt - wie im mittelbaren Behinderungsausgleich - die Beschränkung auf den Ausgleich allgemeiner Grundbedürfnisse des täglichen Lebens im Sinne eines Basisausgleichs (BSG, Urt. v. 29.04.2010 - B 3 KR 5/09 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 30 - juris Rn. 11).

VII. Rehabilitation/Häusliche Krankenpflege/Fahrkosten

Nach BSG, Urt. v. 07.05.2020 - ***B 3 KR 4/19 R*** - ist das **Anziehen von Kompressionsstrümpfen** mit dem von Thrombosestrümpfen nicht gleichzusetzen. Welcher Leistungsträger den Anspruch auf Behandlungspflege zu erfüllen hatte, richtet sich entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen nach dem Aufgabenprofil, der Zweckrichtung, der personellen und sächlichen Ausstattung der **Einrichtung**. Das LSG wird daher unter Beiladung des Trägers der Einrichtung feststellen müssen, ob die der Klägerin verordnete Hilfe beim Anziehen der Kompressionsstrümpfe unter Berücksichtigung ihrer gesundheitlichen Einschränkungen und der Kompressionsklasse noch vom vorhandenen Personal des Wohnheims zu erbringen war, oder ob diese nur durch medizinisch bzw pflegerisch ausgebildetes Personal fachgerecht erfolgen konnte.

1. Fahrkosten

a) Ambulanter sechswöchentlicher Katheterwechsel

LSG Sachsen-Anhalt, Urteil v. 16.10.2018 - L 6 KR 18/17 **RID 20-03-99**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 60

Es besteht kein Anspruch auf Kostenübernahme der Fahrten, wenn durch den ambulanten **Katheterwechsel** keine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung

vermieden wird. § 8 I u. II Krankentransport-Richtlinie setzt eine **hohe Behandlungsfrequenz** über einen längeren Zeitraum voraus. Ein **vier- bis sechswöchiger Rhythmus** erfüllt diese Voraussetzungen jedenfalls nicht.

Die Bekl. lehnte den auf eine ärztliche Verordnung gestützten Antrag des Kl. auf Kostenübernahme der Fahrten zum sechswöchentlichen ambulanten Katheterwechsel in der Urologischen Universitätsklinik H. ab. Die Voraussetzungen des § 8 der Krankentransport-Richtlinie seien nicht erfüllt. Der Kl. könne eine Gehstrecke von einem Kilometer ohne Einschränkungen zurücklegen; das Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung) sei ihm nicht zuerkannt worden. ***SG Halle***, Urt. v. 16.08.2016 - S 17 KR 146/13 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück. ***BSG***, Beschl. v. 12.02.2020 - B 1 KR 88/18 B - juris verwarf die Nichtzulassungsbeschwerde als unzulässig.

b) Stufenweise Wiedereingliederung als Leistung der medizinischen Rehabilitation

SG Dresden, Urteil v. 17.06.2020 - S 18 KR 967/19 **RID 20-03-100**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 60 V, 74; SGB IX §§ 28, 73

Leitsatz: Die Krankenkasse muss gemäß § 60 Abs. 5 SGB V i.V.m. § 73 SGB IX **Fahrtkosten zum Arbeitgeber** während der stufenweisen Wiedereingliederung zahlen, denn dabei handelt es sich um eine Leistung der medizinischen Rehabilitation.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., dem Kl. Fahrtkosten in Höhe von 85 € für die stufenweise Wiedereingliederungsmaßnahme vom 3.12.2018 bis 16.12.2018 zu zahlen.

2. Häusliche Krankenpflege

a) Keine Erstattung eines fiktiven Verdienstausfalls von Verwandten

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 19.02.2020 - L 5 KR 2908/19 **RID 20-03-101**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 38 IV

Leitsatz: Der Kostenerstattungsanspruch des § 38 Abs. 4 Satz 1 SGB V setzt voraus, dass zunächst ein Sachleistungsanspruch auf die Gewährung von Haushaltshilfe bei der Krankenkasse beantragt wird. Die Erstattung eines **Verdienstausfalls** nach § 38 Abs. 4 Satz 2 SGB V **von Verwandten**, die Leistungen der Haushaltshilfe für Versicherte erbringen, setzt voraus, dass diesen tatsächlich ein Verdienstausfall entstanden ist. Die Erstattung eines fiktiven Verdienstausfalls ist ausgeschlossen.
Keine Erstattung eines fiktiven Verdienstausfalls von Verwandten

SG Heilbronn, Urt. v. 16.08.2019 - S 14 KR 997/17 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Kündigung einer Zielvereinbarung bei Verstoß gegen Qualitätssicherung

LSG Hessen, Urteil v. 31.10.2019 - L 1 KR 663/18 **RID 20-03-102**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
BudgetV § 4

Wird in vielfältiger Weise gegen die in der **Zielvereinbarung** getroffenen Regelungen verstoßen und damit u.a. auch die Verpflichtung zum Nachweis der **Qualitätssicherung** nicht eingehalten, kann die Zielvereinbarung von der Krankenkasse gekündigt werden. Dies ist der Fall, wenn entgegen den Vorgaben der Zielvereinbarung mangels vertragswidrig nicht abgeschlossener Arbeitsverträge mit zwei genannten Personen nicht die in der Zielvereinbarung aufgeführten **Fachkräfte** tätig werden, sondern ein Pflegedienst beauftragt wird, der wiederum den Vater der Kl., der nicht über entsprechende Qualifikationen verfügt, mittels Arbeitsvertrags anstellt.

SG Darmstadt, Urt. v. 29.08.2018 - S 10 KR 562/17 - juris wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück, ***BSG***, Beschl. v. 01.07.2020 - B 3 KR 56/19 B - juris verwarf die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision als unzulässig.

VIII. Beziehungen zu Krankenhäusern

Nach BSG, Urt. v. 16.07.2020 - ***B 1 KR 15/19 R*** - steht der Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs **für vor dem 01.01.2015** gezahlte **Aufwandspauschalen** in der hier vorliegenden, durch besondere Umstände gekennzeichneten Konstellation **ausnahmsweise** der **Einwand unzulässiger Rechtsausübung entgegen**. Die durch frühere Rspr. des BSG gestützte Verwaltungspraxis und das gemeinsame Verständnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern differenzierte seit Einführung des Fallpauschalensystems nicht zwischen der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der für Krankenhäuser kalkulatorisch bedeutsamen Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Auf diese **gemeinsame Verwaltungspraxis durften Krankenhäuser vertrauen**. Ihr Vertrauen wurde erst durch Bekanntwerden und Auswertung des Urteils vom 01.07.2014 Ende des Jahres 2014 erschüttert, so dass sie sich bis Ende 2014 insoweit gegenüber Krankenkassen auf Treu und Glauben berufen konnten. Ab 01.01.2015 war dieses Vertrauen angesichts der Diskussion des Urteils vom 01.07.2014 in der Fachöffentlichkeit bei generalisierenden Betrachtungsweise jedoch erschüttert, so dass Krankenhäuser nicht darauf vertrauen durften, für sachlich-rechnerische Prüfungen ab 01.01.2015 vorbehaltlos gezahlte Aufwandspauschalen endgültig behalten zu dürfen. Nach BSG, Urt. v. 16.07.2020 - ***B 1 KR 22/1 R*** - ist es für eine **Fallzusammenführung unerheblich**, dass **zwischen** den beiden derselben MDC (Major Diagnostic Category - Hauptdiagnosegruppe) zugeordneten Behandlungsfällen **eine weitere Behandlung stattgefunden** hat, die einer anderen MDC zugeordnet ist. Vergütungsregelungen (Kodierregelungen) sind streng nach dem Wortlaut, allenfalls unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. Die Vorschrift in § 2 Abs. 2 FPV 2015 regelt nach ihrem Wortlaut nur die Reihenfolge der Partitionen, denen abgerechnete Fallpauschalen „innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe“ zugeordnet sind. Der Wortlaut stellt sogar ausdrücklich klar, dass sich die geregelte Reihenfolge der Partition nur auf einen „unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalt“ bezieht, also einen Krankenhausaufenthalt der gleichen Hauptdiagnosegruppe. Die Entstehungsgeschichte (norm)vertraglicher Regelungen der FPV unter Heranziehung der Leitsätze des BMG zur KFPV 2004 spielt keine Rolle. Nach BSG, Urt. v. 16.07.2020 - ***B 1 KR 16/19 R*** - ist eine **Nebendiagnose** nach DKR D003i dann zu kodieren, wenn die Voraussetzungen des Diagnoseschlüssels vorliegen und sich die Erkrankung etc. zudem auf das Versorgungsgeschehen tatsächlich im Sinne eines zusätzlichen Aufwands ausgewirkt hat. T81.4 ist auch nicht im Wege der Mehrfachkodierung als Nebendiagnose zu kodieren. Eine **Mehrfachkodierung** - wie hier für ein und dieselbe Erkrankung (Arthritis) - findet **nur in den in DKR D012i abschließend aufgeführten Fallgruppen statt**, die hier nicht vorliegen.

Nach BSG, Urt. v. 17.12.2019 - ***B 1 KR 19/19 R*** - SozR 4-5562 § 9 Nr. 15 sind nach der **DKR 1001l Spontanatmungsstunden in der Periode der Entwöhnung auch dann als Beatmungsstunden berücksichtigungsfähig**, wenn der Patient bei seiner Entlassung ganz oder teilweise auf maschinelle Beatmung angewiesen bleibt, ein voller Entwöhnungserfolg also bis zur Entlassung nicht eintritt.

1. Rückwirkende Ermächtigung des DIMDI verfassungswidrig (Vorlagebeschluss)

SG München, Beschluss v. 25.06.2020 - S 12 KR 1865/18 RID 20-03-103

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 301 II 4; GG Art. 20 II u. III, 87 III

Dem BVerfG werden folgende Fragen zur Entscheidung vorgelegt:

1. Verstößt der durch das **Pflegepersonal-Stärkungsgesetz** vom 11.12.2018 (BGBl. I 2018, 2394) hinzugefügte **§ 301 Abs. 2 S. 4 SGB V**, gültig ab dem 01.01.2019, insoweit gegen den Gesetzesvorbehalt der Art. 20 Abs. 2 und 3, 87 Abs. 3 GG, als die in § 301 Abs. 2 S. 4 SGB V ermächtigte Behörde des **DIMDI** nur durch **Ministerialerlass** und nicht durch Parlamentsgesetz errichtet wurde?

2. Verletzt der durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz vom 11.12.2018 (BGBl. I 2018, 2394) hinzugefügte § 301 Abs. 2 S. 4 SGB V, gültig ab dem 01.01.2019, insofern gegen das **Rechtsstaatsprinzip** (Art. 20 Abs. GG), als in § 301 Abs. 2 S. 4 SGB V das DIMDI zur **rückwirkenden Klarstellung** und damit ggf. auch Vernichtung materieller Rechtspositionen ermächtigt wird?

Die Parteien streiten über die Abrechnung einer neurologischen Komplexbehandlung im Jahr 2014 (OPS 8-98b <andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls>). Die kl. Krankenkasse machte einen Rückerstattungsanspruch geltend, weil die vom OPS 8-98b vorausgesetzte Zeitgrenze von 30 Minuten, innerhalb derer ein Transport des Patienten zum Kooperationspartner erfolgen müsse, von der Beklagten nicht eingehalten werden könne. Mit ihrer Klage weist die Kl. auf BSG, Urt. v. 19.06.2018 - B 1 KR 39/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 10 hin, wonach sich die Transportzeit nicht nur auf den Aufenthalt im Transportmittel, sondern auf die gesamte Rettungskette bezieht. Die bekl. Krankenhausträgerin berief sich auf die durch Pflegepersonal-Stärkungsgesetz eingeführte Gesetzesänderung, die in § 301 I 4 SGB V das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ermächtigt, bei Auslegungsfragen zu den Prozedurenschlüsseln ein Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vorzunehmen. Dieser Ermächtigung sei das DIMDI am 03.12.2018 nachgekommen und habe das Corrigendum angefügt, dass unter der Transportzeit nur die im Zeit im Transportmittel zu verstehen sei. Das ***SG*** ist von der Verfassungswidrigkeit des § 301 I 4 SGB V überzeugt. Die darin enthaltene Ermächtigung verletzt den allgemeinen und speziellen Gesetzesvorbehalt der Art. 20 III, 87 III GG insofern, als die für die rückwirkende Klarstellung zuständige Behörde des DIMDI nur durch Ministerialerlass und nicht durch Parlamentsgesetz errichtet wurde. Das aus dem Rechtsstaatsprinzip und den Grundrechten hergeleitete Verbot echter Rückwirkung, Art. 20 Abs. GG, wird insofern verletzt, als das

DIMDI damit ggf. auch zur Vernichtung materieller Rechtpositionen ermächtigt wird. Und schließlich verstößt die Ermächtigung noch gegen das Rückwirkungsverbot i.V.m. dem Grundsatz der Gewaltenteilung insofern, als dem DIMDI die Entscheidungshoheit über in der Vergangenheit liegenden konkreten Sachverhalte und damit eine Rechtsprechungsaufgabe übertragen wird, ohne dass hierfür eine ausreichende gesetzliche Grundlage vorliegt. Das ***SG*** hatte einen ersten Beschl. v. 04.05.2020 mit Beschl. v. 18.05.2020 wieder aufgehoben.

2. Mindestmenge

a) Widerlegung einer Mindestmengenprognose: Kalenderjahr

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 16.06.2020 - L 16 KR 64/20 **RID 20-03-104**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V § 136b IV 3

Zur Widerlegung einer Mindestmengenprognose für Leistungen sind das **vorausgegangene Kalenderjahr** und nicht die **letzten vier Quartale** maßgebend.

SG Braunschweig, Urt. v. 21.01.2020 - S 54 KR 399/19 - RID 20-02-94 stellte fest, dass am Klinikum der Kl. die Mindestmengenregelung für die Leistung „Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus“ für das Kalenderjahr 2020 erfüllt sei. Das ***LSG*** hob das Urteil bzgl. der Feststellung auf und wies insoweit die Klage ab, im Übrigen die Berufung zurück.

b) Anforderungen an Widerlegung einer Prognose eines Krankenhauses

SG Berlin, Urteil v. 05.03.2020 - S 56 KR 2033/19 **RID 20-03-105**
Sprungrevision anhängig: B 1 KR 16/20 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 136b IV 3

Leitsatz: 1. Für die **Berechtigung zur Erbringung mindestmengenbelegter Leistungen** ist keine positive Leistungsentscheidung der Landesverbände erforderlich. Richtige **Klageart** gegen die Widerlegungsentscheidung ist die Anfechtungsklage. Eine Anhörung vor Erlass der Widerlegungsentscheidung ist nicht erforderlich.
2. Zweifel an der **Prognose des Krankenhauses** sind begründet, wenn sie nicht nur auf Vermutungen beruhen, sondern sich auf konkrete Tatsachen stützen oder aus Tatsachen ableitbar sind. Die Zweifel sind erheblich, wenn eine überwiegende Wahrscheinlichkeit besteht, dass die Prognose unrichtig ist, mithin von den Tatsachengrundlagen und mitgeteilten Umständen nicht getragen wird.
3. Schwächen in der Prognosebegründung oder das Fehlen von Nachweisen zum Beleg der vorgetragenen Einzelfallumstände machen nicht die Prognose formunwirksam, sondern senken die Anforderungen an die **Begründung der Zweifel** bei der Widerlegungsentscheidung.

Das ***SG*** wies die Klage ab.

3. Vergütungsanspruch/Fälligkeit

a) Neue Behandlungsmethode: Transvaskuläre Aortenklappen-Implantation (TAVI)

LSG Hessen, Urteil v. 30.04.2020 - L 8 KR 511/16 **RID 20-03-106**
Revision anhängig: B 1 KR 18/20 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 2 I 3, 39, 109 IV 3; KHG § 8 I 3

Ungeachtet der Frage, ob für eine **transvaskuläre Aortenklappen-Implantation (transcatheter-aortic-valve-implantation - TAVI)** ein Versorgungsauftrag sowohl für den Bereich der Inneren Medizin/Kardiologie als auch der Herzchirurgie erforderlich ist, entspricht diese Behandlung dem zum Zeitpunkt der Behandlung im Jahr 2013 allgemein anerkannten ärztlichen Standard nicht. Die Durchführung einer TAVI in einem Krankenhaus ohne Abteilung für Herzchirurgie stellt im Behandlungsjahr 2013 eine „neue Behandlungsmethode“ dar.

SG Wiesbaden, Urt. v. 26.10.2016 - S 18 KR 75/14 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

b) Stationäre Krankenhausbehandlung und ärztliche Tätigkeit bei psychischer Erkrankung

SG Nürnberg, Urteil v. 27.09.2019 - S 21 KR 199/19 **RID 20-03-107**

juris
SGB V §§ 112, 275 Ic

Auch wenn eine Patientin an allen **Wochenenden** keine **ärztlichen Leistungen** in Anspruch nimmt, sondern lediglich Leistungen der Pflegefachkräfte bzw. an manchen Wochenenden auch gar keine Leistungen, wird die stationäre Krankenhausbehandlung nicht beendet oder auch nur unterbrochen. Weder dem Gesetz noch den Entscheidungen des BSG kann entnommen werden, dass an jedem einzelnen Tag der Krankenhausbehandlung ein gewisses Mindestprogramm an Behandlungsmaßnahmen zur Anwendung kommen muss. Der Krankenhausaufenthalt ist vielmehr insgesamt zu betrachten (vgl. SG Würzburg, Urt. v. 05.12.2016 - S 11 KR 156/16 - RID 17-02-157, juris Rn. 30).
Die Behandlung **psychischer Erkrankungen** weist Besonderheiten auf, die es erlauben, an den Wochenenden das Behandlungsprogramm auf ein Minimum zu reduzieren und als Angebot im Hintergrund eine ärztliche Betreuung vorzuhalten.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.297,64 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

c) Verschiebung einer geplanten Operation wegen operativer Notfälle

LSG Sachsen, Urteil v. 18.12.2019 - L 1 KR 22/16 **RID 20-03-108**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39 I 2, 109 IV 3

Leitsatz: Wird eine **geplante Operation** wegen unvorhergesehener und unvorhersehbarer Notfälle verschoben, stellt dies kein medizinisches Erfordernis i.S.d. § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V für die Verlängerung des Krankenhausaufenthalts eines Versicherten dar.

SG Leipzig, Urt. v. 27.10.2015 - S 8 KR 582/13 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

d) Tagsüber Aufenthalt außerhalb des Krankenhauses

LSG Hamburg, Urteil v. 28.05.2020 - L 1 KR 26/19 **RID 20-03-109**

juris
SGB V §§ 39 I, 108

Darf eine Versicherte oftmals **tagsüber** in so genannten **Belastungserprobungen** (TEV) **außerhalb des Krankenhauses** sein, ist zu berücksichtigten, dass die Versicherte die Nächte jeweils fast ausschließlich auf der Station verbringt. Gerade dies ist für einen **stationären Aufenthalt** charakteristisch und führt mit den tagsüber erfolgenden therapeutischen Maßnahmen dazu, dass der Patient seinen Lebensmittelpunkt in die Klinik verlagert. So wird insgesamt ein **Behandlungssetting** erreicht, was sich deutlich von dem einer **teilstationären Behandlung** unterscheidet (vgl. dazu bereits LSG Hamburg, Urt. v. 22.05.2014 - L 1 KR 15/13 - RID 15-04-117). Der Einsatz der TEV hängt von der jeweiligen Behandlungssituation ab und ist daher in Ausmaß und Dauer sehr individuell.

SG Hamburg, Urt. v. 30.01.2019 - S 9 KR 1974/13 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

e) Vereinbarung über Aufnahmeuntersuchung

SG Rostock, Urteil v. 24.06.2020 - S 17 KR 431/17 **RID 20-03-110**

juris
SGB V §§ 73 IV, 76 I 2, 112, 115 I, 115a I

Leitsatz: 1. Eine **Aufnahmeuntersuchung** ohne ärztliche Verordnung gemäß § 73 Abs. 4 SGB V ist keine vorstationäre Behandlung i.S.d. § 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Alt. 1 SGB V.
2. In einer **Einweisung** durch einen **Notarzt** liegt keine ärztliche Verordnung gemäß § 73 Abs. 4 SGB V.
3. Es liegt keine **Notfallbehandlung** i.S.d. § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V vor, wenn die Abklärung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung auf einer hierfür eingerichteten Zentralen

Aufnahmestation mittels tiefgehender Diagnostik unter Zuweisung eines Bettes und Monitoring zur Ermöglichung einer umgehenden Intervention bzw. Aufnahme in einen speziellen Klinikbereich erfolgt. Es handelt sich insoweit um eine Aufnahmeuntersuchung i.S.d. § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die von der Notfallbehandlung in anderen Räumlichkeiten abgegrenzt werden kann.
4. Die aus § 112 SGB V folgende **Regelungskompetenz** für einen zweiseitigen Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung legitimiert nicht zu Modifizierungen oder Ausweitungen des bundesgesetzlich normierten **Begriffs der Krankenhausbehandlung**.
5. Die aus § 112 SGB V folgende Regelungskompetenz für einen zweiseitigen Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung umfasst eine Vereinbarung, dass die Vergütung einer (nicht unter § 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Alt. 1 SGB V fallenden und keine ambulante Notfallbehandlung darstellenden) Aufnahmeuntersuchung, die ergibt, dass keine Krankenhausbehandlung erforderlich ist oder Krankenhausbehandlung erst zu einem späteren Zeitpunkt erforderlich ist oder die Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus durchzuführen ist, **analog der Vergütung einer vorstationären Behandlung** nach § 115 a SGB V erfolgt. Hierbei handelt es sich nicht um einen Regelungsgegenstand, der gemäß § 115 Abs. 1 SGB V oder § 115a Abs. 3 SGB V unter Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart werden muss.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an den Kl. 147,25 € nebst Zinsen zu zahlen.

f) Behandlung von Versicherten ohne Zulassung

SG Berlin, Urteil v. 05.06.2020 - S 166 KR 893/19 WA **RID 20-03-111**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39, 109

Ein Krankenhaus, das weder nach landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt noch in den Krankenhausplan aufgenommen ist und mit dem kein Versorgungsvertrag besteht, hat keinen **Vergütungsanspruch**. Die faktische Rechnungsbegleichung begründet ebf. keinen Rechtsanspruch.
Ein **Versorgungsvertrag** nach § 109 I 1 SGB V bedarf der **Schriftform**. Er kann weder durch mündliche Absprachen noch durch schlüssiges Verhalten wirksam geschlossen bzw. geändert werden. Ein solcher Versorgungsvertrag ergibt sich auch nicht aus der „**Statusbestätigung** für das Krankenhaus“ des Regierungspräsidiums Freiburg (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 23.07.2019 - L 11 KR 4475/18 - RID 19-04-79).

Das ***SG*** verurteilte die bekl. Trägerin einer Klinik, an die kl. Krankenkasse 3.962,05 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

g) Einreise eines EU-Bürgers zur Entbindung

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 02.08.2019 - S 20 KR 96/16 WA **RID 20-03-112**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
EU-VO Nr. 1408/71

Reist eine **polnische Staatsbürgerin** ausschließlich zur Entbindung in die Bundesrepublik ein, um sich in dem Klinikum der Kl. behandeln zu lassen, besteht kein Anspruch auf Vergütung nach Art. 22 Abs. 1 a) i) der Verordnung Nr. 1408/71 des Rates vom 14.06.1971.

Das ***SG*** wies die Klage ab.

Parallelverfahren:

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 11.07.2019 - S 20 KR 148/15 WA **RID 20-03-113**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 15.07.2019 - S 20 KR 126/15 WA **RID 20-03-114**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 06.08.2019 - S 20 KR 144/15 WA **RID 20-03-115**
juris

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 20.08.2019 - S 20 KR 146/15 WA **RID 20-03-116**
juris

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 21.08.2019 - S 20 KR 57/16 WA **RID 20-03-117**
juris

h) Verjährung nach Zahlung unter Vorbehalt und Verrechnung

LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil v. 26.11.2019 - L 4 KR 25/16 **RID 20-03-118**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 23/20 R

juris

SGB V §§ 39, 109 IV; BGB §§ 214 I, 387 ff.; SGB I § 45 II

Es bleibt bei der **Beweislast** des Krankenhauses für die Erfüllung der Voraussetzungen seines Vergütungsanspruchs trotz **Zahlung der Krankenkasse**, wenn die Zahlung unter einem die Beweislast wahrenden **Vorbehalt** erfolgt. Die Krankenkasse leistet dabei unter dem Vorbehalt, dass dem Leistungsempfänger für einen späteren Rückforderungsstreit die Beweislast für das Bestehen des Anspruchs auferlegt werden soll. Ein Vorbehalt dieser Art lässt die Schuldtilgung in der Schwebe und steht einer Erfüllung im Sinne des § 362 BGB entgegen.

Der **Vergütungsanspruch des Krankenhauses** erlischt nicht durch die **Zahlung unter Vorbehalt** der Krankenkasse. Die von der Krankenkasse später vorgenommene **Verrechnung (Aufrechnung)** hat zur Folge, dass der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch der Krankenkasse (aus der Zahlung unter Vorbehalt) und die weitere Forderung des Krankenhauses erlöschen. Der ursprüngliche Vergütungsanspruch des Krankenhauses ist damit jedoch nicht durch die Zahlung unter Vorbehalt untergegangen mit der Folge, dass Streitgegenstand weiterhin der ursprüngliche Vergütungsanspruch des Krankenhauses ist. Dieser Anspruch **verjährt** innerhalb der Verjährungsfrist nach seiner Entstehung zum Jahresende und ist dann nicht mehr durchsetzbar.

SG Osnabrück, Urt. v. 22.10.2015 - S 3 KR 226/12 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

i) Aufrechnung

aa) Aufrechnungsverbot in Landesvertrag

SG Gelsenkirchen, Urteil v. 13.05.2020 - S 46 KR 2242/19 **RID 20-03-119**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 112, 275 Ic

Die in § 15 IV 2 **Landesvertrag NRW** vereinbarte Regelung enthält ein (konkludentes) **Aufrechnungsverbot** für nicht ausdrücklich erwähnte Fälle (Anschluss an LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 06.12.2016 - L 1 KR 358/15 - RID 17-01-145, juris Rn. 46 m.w.N.).

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 16.271,50 € zzgl. Zinsen zu zahlen und wies die Hilfswiderklage ab.

bb) Landesvertragliches Aufrechnungsverbot zulässig

LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss v. 08.04.2019 - L 10 KR 723/17 **RID 20-03-120**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 17/20 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39, 69 I 3, 109 IV 3; KHEntgG § 7; KHG § 17b; BGB §§ 387 ff.

§ 15 IV 2 Landesvertrag NRW statuiert ein **vertragliches Aufrechnungsverbot**, wenn die dort ausdrücklich genannten Voraussetzungen für eine zulässige Verrechnung nicht erfüllt sind. Insoweit können Krankenkassen Erstattungsansprüche nur klageweise geltend machen. **BSG**, Urt. v. 25.10.2016 - B 1 KR 6/16 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 59, - B 1 KR 7/16 R - SozR 4-7610 § 366 Nr. 1 und - B 1 KR 9/16 R - SozR 4-5562 § 11 Nr. 2 geben keinen Anlass, von dieser st. Rspr. abzuweichen, da sie sämtlich andere Fallgestaltungen betreffen.

SG Dortmund, Urt. v. 12.09.2017 - S 49 KR 45/16 - verurteilte die Bekl. antragsgemäß, an die Kl. 600 € nebst Zinsen zu zahlen. Das ***LSG*** wies die Berufung zurück. ***BSG***, Beschl. v. 26.05.2020 - B 1 KR 29/19 B - juris ließ die Revision zu.

cc) Aufrechnung im Zeitraum 09.11. bis 31.12.2018 zulässig

SG Marburg, v. 31.07.2020 - S 14 KR 154/19 **RID 20-03-121**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 109 IV 3, V; SGB I § 45

Leitsatz: Die durch Art. 7 Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) in §§ 109 Abs. 5, 325 SGB V eingefügten **Neuregelungen gelten** erst ab 01.01.2019, weshalb eine Krankenkasse mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch im Rahmen der noch bis Ende 2018 geltenden vierjährigen Verjährungsfrist auch im Zeitraum **09.11.2018 bis 31.12.2018 aufrechnen** konnte. § 325 SGB V kann im Übrigen nur auf die Durchsetzung durch die Einleitung gerichtlicher Verfahren bezogen werden.

Das ***SG*** wies die Klage ab.

j) Frist zur Vorlage der Unterlagen

aa) Pflicht des MDK zur Konkretisierung der angeforderten Unterlagen

SG Dortmund, Urteil v. 25.05.2020 - S 48 KR 1115/17 **RID 20-03-122**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 109 IV 3, 275, 276; KHG § 17c II

Leitsatz: 1. Die Regelung in der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfvV) gemäß § 17c Abs. 2 KHG in der im Jahr 2016 gültigen Fassung, wonach ein Krankenhaus nach Aufforderung innerhalb einer vorgegebenen **Frist** die für die Prüfung notwendigen **Unterlagen zu übermitteln** hat und im Falle der nicht fristgerechten Übermittlung ein Zahlungsanspruch nur in Höhe des unstreitig gestellten Rechnungsbetrags besteht (§ 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 PrüfvV), ist eine materiell-rechtliche **Ausschlussfrist**.
2. Der MDK ist zur **Konkretisierung** der vom Krankenhaus **angeforderten Unterlagen** zur Überprüfung einer Rechnung verpflichtet. Eine generalklauselartige Aufforderung zur Übermittlung „sämtlicher prüfungsrelevanter Unterlagen“ begründet keine Obliegenheit des Krankenhauses, die - bei verspäteter oder unterlassener Einreichung von Unterlagen - die Anwendung der Ausschlussfrist zu begründen vermag.
3. Die Krankenkasse kann die Anwendung der Ausschlussfrist nicht auf zwar durch den MDK angeforderte, aber nicht übermittelte Unterlagen stützen, wenn diese für die Beurteilung nicht von **Relevanz** sind.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 6.808,58 € nebst Zinsen zu zahlen.

bb) Frist zur Übersendung der Unterlagen keine materiell-rechtliche Ausschlussfrist

SG Düsseldorf, Urteil v. 11.02.2019 - S 9 KR 1494/16 **RID 20-03-123**
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 39, 108; KHG § 17c II 1

Bei § 7 II 3 u. 4 PrüfvV handelt es sich nicht um eine **materiell-rechtliche Ausschlussfrist**, die die Berücksichtigung nachgereichter Unterlagen auch im gerichtlichen Verfahren verbieten würde. Zudem wäre die Regelung einer materiell-rechtlichen Ausschlussfrist zur nachträglichen Rechnungskorrektur innerhalb der gesetzlich normierten vierjährigen Verjährungsfrist bzw. innerhalb des von der Rechtsprechung des BSG definierten Zeitraums des Einwendungsausschlusses der Verwirkung nicht von der Ermächtigungsgrundlage des § 17c II 1 KHG gedeckt, da damit bereits unter Beachtung des Wortlauts („das Nähere zum Prüfverfahren“) über die Regelung einer Verfahrensfrage hinausgegangen würde.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 9.613,03 € nebst Zinsen zu zahlen.

k) Abrechnungs- und Prüfverfahren

aa) Fehlende Übermittlung von Behandlungsdaten

SG Düsseldorf, Urteil v. 03.03.2020 - S 47 KR 785/17 **RID 20-03-124**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 275 Ic, 301

Leitsatz: Soweit in der Abrechnung des Krankenhauses für eine stationäre Behandlung **kein OPS genannt** wird, hat das Krankenhaus der Krankenkasse - zumindest auf Rückfrage - **Informationen** zum Grund der Aufnahme zu liefern.
Entsprechend wie bei regelhaft ambulanten Behandlungen besteht hier eine **ergänzende Informationspflicht** zum Grund der Aufnahme.

Das ***SG*** wies die Klage ab.

bb) Vorlagefrist für Krankenhausunterlagen: Materiell-rechtliche Ausschlussfrist

LSG Hessen, Urteil v. 28.05.2020 - L 8 KR 221/18 **RID 20-03-125**
Revision anhängig: B 1 KR 24/20 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 109; KHG § 17c II

Auf Aufforderung des MDK hat das **Krankenhaus** die **Unterlagen** dann innerhalb von vier Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MDK zu übermitteln. Erfolgt dies nicht, hat das Krankenhaus einen Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag (§ 7 II 3 u. 4 PrüfvV 2015/16). Hierbei handelt es sich um eine **materiell-rechtliche Ausschlussfrist** (Anschluss an LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 17.04.2018 - L 11 KR 936/17 - RID 18-03-131, juris Rn. 50 ff. sowie LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 21.01.2020 - L 11 KR 1437/19 - RID 20-02-87, juris Rn. 36). Die Vereinbarung einer solchen Ausschlussfrist ist von der **Ermächtigungsgrundlage** des § 17c II KHG gedeckt. In einem obiter dictum hat sich das BSG dem angeschlossen (BSG, Urt. v. 19.11.2019 - B 1 KR 33/18 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 77 <vorgesehen>, juris Rn. 16).

SG Kassel, Urt. v. 14.02.2018 - S 12 KR 171/17 - verurteilte die Bekl., der Kl. 1.166 € zzgl. Zinsen zu zahlen. Das ***LSG*** wies die Klage ab.

cc) Präklusionswirkung bei fehlender Einleitung eines Prüfverfahrens

SG Duisberg, Gerichtsbescheid v. 04.05.2020 - S 60 KR 2844/18 **RID 20-03-126**
Berufung anhängig: LSG Nordrhein-Westfalen - L 11 KR 354/20 -
www.sozialgerichtsbarkeit.de
SGB V §§ 9 I, 109 IV 3, 275 Ic

Unterlässt eine Krankenkasse es, eine **MDK-Prüfung** im Verhältnis zum Krankenhaus **einzuleiten**, ist eine **Präklusionswirkung** in Hinblick auf mögliche medizinische Einwendungen eingetreten (SG Stuttgart, Gerichtsb. v. 23.07.2019 - S 15 KR 6688/18 - RID 19-04-86, juris Rn.18).

Das ***SG*** wies die Klage der Krankenkasse ab.

4. Kündigung einer Kooperationsvereinbarung

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 05.06.2020 - L 9 KR 172/20 B ER **RID 20-03-127**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 39, 108, 109; SGG § 86b II

Leitsatz: Ein **Kooperationsvertrag zwischen Krankenhäusern**, der geeignet ist, die Wahlfreiheit gesetzlich Versicherter im Bereich der stationären Krankenhausversorgung zu beeinträchtigen und den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses zu verkürzen, darf **gekündigt** werden.
Auf die Gefahr eines **Versorgungsnotstandes** für gesetzlich Versicherte kann sich ein zur Versorgung zugelassenes Krankenhaus nicht berufen.

Die Ast. ist eine in der Form der GmbH & Co KG organisierte Gesellschaft, die u.a. mehrere psychiatrische Fachkrankenhäuser betreibt. Die Ag. ist eine rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts in Emmendingen und betreibt u.a. ein Fachkrankenhaus im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie (§ 1 I Nr. 5 Gesetz zur

Errichtung der Zentren für Psychiatrie v. 03.07.1995 - EZPsychG) nach eigenen Angaben mit differenziertem Versorgungsangebot für die ca. 1,3 Millionen Einwohner der Region. ***SG Berlin***, Beschl. v. 24.02.2020 - S 198 KR 2666/19 ER - lehnte die Anträge auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab, das ***LSG*** wies die Beschwerde zurück.

5. Fallpauschalen

a) Fallzusammenführung

aa) Unvorhersehbar hinzugetretene weitere Erkrankung

LSG Bayern, Urteil v. 29.01.2019 - L 5 KR 631/17 **RID 20-03-128**
Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 9/20 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
FPV § 2 II

Leitsatz: Eine Fallzusammenführung aus wirtschaftlichen Gründen ist dann unzulässig, wenn der Zeitraum zwischen zwei stationären Krankenhausaufenthalten allein medizinisch begründet ist.

SG Augsburg, Urt. v. 08.09.2017 - S 10 KR 320/15 - gab der Klage auf eine weitere Vergütung in Höhe von 3.426,48 € statt, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

bb) Wiederaufnahme nach vorzeitiger Entlassung des Versicherten auf dessen Wunsch

SG Rostock, Urteil v. 11.06.2020 - S 17 KR 382/18 **RID 20-03-129**
juris
FPV § 2 III

Leitsatz: 1. Der Ausschluss einer **Fallzusammenführung** aufgrund eines Kreuzes in Spalte 13 im Fallpauschalenkatalog 2014 gilt nicht für eine Fallzusammenführung nach § 2 Abs. 3 Fallpauschalenvereinbarung 2014.
2. Es liegt eine **Wiederaufnahme** wegen einer in den **Verantwortungsbereich des Krankenhauses** fallenden Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung i.S.d. § 2 Abs. 3 Satz 1 Fallpauschalenvereinbarung 2014 vor, wenn ein multimorbider Patient in palliativer Situation bei subjektiv besserem Wohlbefinden trotz noch nicht abgeschlossener Behandlung hinsichtlich einer ersichtlich zunehmenden Verschlechterung von Gesundheitswerten **auf eigenen Wunsch entlassen** wird und eine weitere Zustandsverschlechterung eine Wiederaufnahme erforderlich macht.
3. Bei vorzunehmender **Fallzusammenführung** erschöpft sich der **Vergütungsanspruch** des Krankenhauses nicht in der Vergütung allein des ersten Aufenthalts, sondern gemäß § 2 Abs. 4 Fallpauschalenvereinbarung 2014 ist unter Einbeziehung beider Krankenhausaufenthalte eine Neuberechnung vorzunehmen.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.901,04 € nebst Zinsen zu zahlen, und wies im Übrigen die Klage ab.

b) Weiterführende Behandlung nach Notfallintervention in anderem Krankenhaus

LSG Saarland, Urteil v. 23.07.2019 - L 2 KR 2/18 **RID 20-03-130**
Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 11/20 R
juris
SGB V §§ 39 I, 109 IV

Leitsatz: Eine **Intervention im Schockraum eines Krankenhauses** ist Teil einer **Notfallbehandlung** bzw eine intensivmedizinische Maßnahme.

SG für das Saarland, Gerichtsb. v. 07.12.2017 - S 23 KR 491/15 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., 1.127,55 € nebst Zinsen zu zahlen.

c) Bestimmung der Hauptdiagnose bei „Aufnahme ins Krankenhaus“

SG Hannover, Urteil v. 19.12.2019 - S 19 KR 357/15 **RID 20-03-131**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 109 IV 3, 112 II, 301; KHG § 17b I; KHEntgG § 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1

Leitsatz: 1. Unter **„Aufnahme ins Krankenhaus“** im Sinne der Rechtsprechung des BSG zur Bestimmung der **Hauptdiagnose** nach D002d bzw D002f der Allgemeinen Kodierrichtlinien der Deutschen Kodierrichtlinie (vgl BSG, Urt. v. 21.04.2015 - B 1 KR 9/15 R - BSGE 118, 225 = SozR 4-2500 § 109 Nr 45, Rn. 16) ist die Unterbringung im Krankenhaus zu verstehen, die erst dann vorliegt, wenn die **initialen Prozesse der Vorbereitung** des stationären Krankenhausaufenthalts abgeschlossen sind und der übliche Gang des Krankenhausaufenthalts mit den Untersuchungen und Behandlungen seinen Lauf nehmen kann.
2. Zu der Aufnahme ins Krankenhaus gehört deshalb auch die **Pflegeanamnese** auf der Station durch die Pflegekräfte, zu der die erste Patientenbeobachtung gehört. Treten Beschwerden oder Symptome erst hier auf, kann die dazugehörige Krankheit Hauptdiagnose sein, da die Krankheit noch bei Aufnahme ins Krankenhaus aufgetreten ist.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 23.217,67 € nebst Zinsen zu zahlen.

d) Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

SG München, Gerichtsbescheid v. 27.04.2020 - S 15 KR 2443/18 **RID 20-03-132**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 301 II 6

BSG, Urt. v. 19.06.2018 - B 1 KR 39/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 10 und BSG, Urt. v. 19.06.2018 - B 1 KR 38/17 R - juris ist **nicht zu folgen**.
Die Klarstellung des OPS 8-98b **„Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“** gilt mit **Rückwirkung** (§ 301 II 6 SGB V).

Das ***SG*** wies die Klage der Krankenkasse gegen die Krankenhausträgerin ab.

Parallelverfahren:
SG München, Gerichtsbescheid v. 27.04.2020 - S 15 KR 2343/18 **RID 20-03-133**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

e) Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung

SG Duisburg, Urteil v. 17.06.2020 - S 60 KR 566/19 **RID 20-03-134**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 109 IV 3, 275 Ic

Die Bekl. war nicht nach § 301 SGB V berechtigt, Schlussfolgerungen aus einer **Abfrage der Strukturmerkmale** im Rahmen des ca. zwei Jahre zurückliegenden Behandlungsfalls des Uwe H. für den streitgegenständlichen Behandlungsfall des Karl-Heinz K. abzuleiten. Jedenfalls hat es die Bekl. unterlassen, der Kl. die wesentlichen **Gründe für die Leistungskürzung** nach durchgeführter MDK-Begutachtung mitzuteilen. Entsprechend ist eine **Präklusionswirkung** in Hinblick auf mögliche medizinische Einwendungen eingetreten (vgl. zu § 275 Ic SGB V a.F. SG Stuttgart, Gerichtsb. v. 23.07.2019 - S 15 KR 6688/18 - juris Rn.18, RID 19-04-86). Überdies bestehen Zweifel, ob die Rechtsauffassung der MDK-Ärzte und der Bekl. bei aller berechtigten Kritik am Dienstmodell der Kl. noch mit dem prinzipiell streng auszulegenden Wortlaut des OPS-Kodes 8-98f.20 vereinbar ist.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 33.549,59 € nebst zu zahlen.

f) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

aa) Geriatriepatienten unterhalb von 60 Jahren

LSG Hamburg, Urteil v. 28.05.2020 - L 1 KR 25/18 **RID 20-03-135**

Revision anhängig: B 1 KR 21/20 R

juris

SGB V §§ 109 IV 3; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1 u. 3, 11; KHG § 17 b

In der bloßen Zahlung der Rechnung kann kein **Verwirkungsverhalten** erblickt werden.
Die für **Geriatriepatienten** charakteristische Multimorbidität kommt zwar typischerweise bei deutlich älteren Menschen vor, es ist aber auch denkbar, dass ein **jüngerer Patient** (hier: 55 Jahre) aufgrund bestimmter Faktoren so stark vorgealtert ist, dass er die Kriterien erfüllt (Festhalten an LSG Hamburg, Urt. v. 18.12.2014 - L 1 KR 126/13 - RID 15-02-163 und **entgegen** BSG, Urt. v. 23.06.2015 - B 1 KR 21/14 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 46), da im maßgeblichen OPS-Text keinerlei Altersfestlegung erfolgt ist.

SG Hamburg, Urt. v. 23.01.2018 - S 8 KR 2154/18 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

bb) Vertretungsmöglichkeit

SG Aachen, Urteil v. 07.07.2020 - S 14 KR 560/19 **RID 20-03-136**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 109 IV 3; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1 u. 3, 11; KHG § 17 b

Das Erfordernis der **Gewährleistung einer jederzeitigen Vertretungsmöglichkeit** der ärztlichen Behandlungsleistung und der i.S.d. OPS (Spiegelstrich 5, S. 2) qualifizierten Pflegefachkraft zur Kodierung des OPS 8-550 ist dem OPS nicht zu entnehmen.

Die Beteiligten streiten um eine Rückforderung des Teils einer Vergütung für Krankenhausbehandlung die auf der Kodierung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS 2017) 8-550 (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) beruht. Das ***SG*** wies die Klage der Krankenkasse ab.

g) Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen

SG Hannover, Urteil v. 30.01.2020 - S 19 KR 2103/16 **RID 20-03-137**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

KHEntgG §§ 9, 17b

Leitsatz: Zum Verhältnis von N17.93 zu N99.0 (ICD-10-GM-2015) bei Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 2.255,11 € zzgl. Zinsen zu zahlen.

h) Dokumentation einer Spondylodese

LSG Hamburg, Urteil v. 23.01.2020 - L 1 KR 87/19 **RID 20-03-138**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39 I, 109 IV

Die Unterscheidung zwischen der **Osteosynthese** und der **Spondylodese** liegt darin, dass bei Letzterer durch die Anlagerung von Knochen- bzw. Knorpelmaterial an den Wirbelzwischenräumen die Wirbel zu einer knöchernen Einheit zusammenwachsen sollen. Es ist eine Überstrapazierung der **Dokumentationspflichten**, eine Spondylodese abzulehnen, weil nicht ausdrücklich ausgeführt wurde, dass das gewonnene Knochenmaterial zur Anlagerung verwendet wurde.

SG Hamburg, Urt. v. 25.06.2019 - S 8 KR 2233/16 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., an die Kl. 3.769,67 € nebst Zinsen zu zahlen.

i) Paresen und Plegien

SG Dresden, Urteil v. 24.06.2020 - S 38 KR 127/18 **RID 20-03-139**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 39 I, 109 IV 3, 112 II 1 Nr. 1, 301 II 2; KHEntgG §§ 2, 7 S. 1 Nr. 1, 9; KHG § 17b II 1

Leitsatz: 1. Der **Kode G82.09** (schlaffe Paraparesen und Paraplegien, nicht näher bezeichnet) kann auch bei Paraparesen peripherer Ursachen verwandt werden. Die Kategorie G82.- ist nicht auf zerebral oder durch Verletzung des Rückenmarks bedingte Paresen und Plegien beschränkt.
2. Ein Kode (hier: G82.09 [schlaffe Paraparesen und Paraplegien]) kann neben der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose (hier: E11.40+G73.0 [Diabetes Mellitus mit Myatrophie]) kodiert werden, wenn er der **zusätzlichen Spezifizierung** der durch das Kreuz-Stern-System beschriebenen Diagnose dient.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an den Kl. 1.555,65 € nebst Zinsen zu zahlen.

j) Tumorerkrankung während der Schwangerschaft

SG Rostock, Urteil v. 04.06.2020 - S 17 KR 942/18 **RID 20-03-140**

juris

SGB V §§ 109 IV 3; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1 u. 3, 11; KHG § 17 b

Leitsatz: Die Diagnose O99.8 nach den ICD-10-GM 2014 ist nur dann in Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinie 1510m aus dem Jahr 2014 und der einleitenden Hinweise unter O99.0 zu den ICD-10-GM 2014 als **Hauptdiagnose** zu kodieren, wenn die Erkrankung eine konkrete Komplikation im medizinischen Sinne bewirkt oder die **Schwangerschaft** zu einer konkreten Verschlechterung der Erkrankung bzw. des Zustandes führt. Ein potentielles Risiko der Erkrankung für den Schwangerschaftsverlauf oder der Schwangerschaft für die Erkrankung reicht insoweit nicht aus.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., an den Kl. 1.024,32 € nebst Zinsen zu zahlen.

k) Implantation eines Okkluders-Modell: Amplacer Cardiac Plug

LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 16.06.2020 - L 11 KR 4149/18 **RID 20-03-141**

Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 67/20 B

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 109 IV

Leitsatz: Im Jahr 2016 bestand eine Indikation i.S. einer Empfehlung für den **Verschluss des linken Vorhofohrs** (**Implantation** eines Okkluders-Modell: Amplacer Cardiac Plug), wenn bei einem Patienten ein hohes Schlaganfallrisiko bestand und gleichzeitig eine Kontraindikation für eine Langzeitantikoagulation vorlag.

SG Karlsruhe, Urt. v. 24.10.2018 24 - S 14 KR 3927/16 - wies die Klage ab, das ***LSG*** verurteilte die Bekl., der Kl. einen Betrag i.H.v. 6.165,37 € nebst Zinsen zu zahlen.

l) Wirtschaftlichkeitsgebot: Implantation eines Klappensystems zur Behandlung einer COPD

SG Neuruppin, Gerichtsbescheid v. 02.03.2020 - S 20 KR 223/18 **RID 20-03-142**

juris

SGB V §§ 109 IV 3, 301 II; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1, 11; KHG § 17 b II 1

Die **Implantation des endobronchialen Klappensystems** zur Behandlung einer **COPD** verstößt gegen das **Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot**, wenn keine Studien von ausreichendem Evidenzgrad vorliegen, die eine eindeutige Überlegenheit, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit im Vergleich zur Standardtherapie nachweisen.

Das ***SG*** wies die Klage ab.

m) Beatmung

aa) Berechnung der Beatmungsstunden

LSG Bayern, Urteil v. 26.05.2020 - L 5 KR 273/17 **RID 20-03-143**

Revision anhängig: B 1 KR 26/20 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 109 IV 3; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1 u. 3, 11; KHG § 17 b

Leitsatz: 1. Die Forderung einer Gewöhnung an die maschinelle Beatmung als Voraussetzung einer **Entwöhnung** findet ihre Grundlage weder im Wortlaut der DKR (2013) 1001l noch basiert sie auf fachmedizinisch anerkannten Zusammenhängen (entgegen BSG, Urt. v. 19.12.2017 - B 1 KR 18/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 8).

2. Die Entwöhnung ist zu **definieren** als „Befreiung eines Patienten von der Beatmung".

Streitig ist im Rahmen einer Krankenhausvergütung die Berechnung der Beatmungsstunden. ***SG München***, Gerichtsb. v. 29.03.2017 - S 29 KR 29/17 - gab der Klage statt, das ***LSG*** wies die Berufung zurück.

bb) Spontanatmungsstunden in der Periode der Entwöhnung

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 07.02.2019 - L 5 KR 260/17 **RID 20-03-144**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 13/20 R

juris

SGB V §§ 109 IV 3; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1 u. 3, 11; KHG § 17 b

Aus dem Wortlaut und dem Regelungssystem der DKR 1001l in der bis zum 31.12.2019 maßgeblichen Fassung ergibt sich, dass **Spontanatmungsstunden** nur dann als **Beatmungsstunden** mitzuzählen sind, wenn der Wechsel von Beatmung und Spontanatmung in einer Phase der Entwöhnung erfolgt (BSG, Urt. v. 19.12.2017 - B 1 KR 18/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr. 8, juris, Rn. 16 zur DKR Version 2011 1000h). Denn eine Entwöhnung setzt eine zuvor erfolgte Gewöhnung an die maschinelle Beatmung voraus.

SG Koblenz, Urt. v. 10.10.2017 verurteilte die Bekl., an die Kl. 4.028,33 € nebst Zinsen zu zahlen. Das ***LSG*** wies die Klage ab.

cc) Beatmungszeiten und intensivmedizinische Versorgung

SG Hamburg, Urteil v. 03.02.2020 - S 21 KR 1837/15 **RID 20-03-145**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V § 39

Die Kodierrichtlinien unterscheiden klar zwischen der **Beatmungspflichtigkeit** als solcher und der **intensivmedizinischen Versorgung**. Nach dem Wortlaut der DKR 1001l ist lediglich eine intensivmedizinische Versorgung erforderlich, nicht jedoch die **Behandlung auf einer Intensivstation**. Darüber hinaus fordert die DKR 1001l bei heimbeatmeten Patienten ausdrücklich eine Einzelfallbetrachtung. Diese beiden Aspekte sprechen für eine funktionale Betrachtung. Demnach wäre eine intensivmedizinische Versorgung im Sinne der DKR auch **außerhalb von Intensivstationen** denkbar, wenn die hierfür notwendigen Apparaturen, die personelle Ausstattung sowie eine entsprechende Organisationsstruktur vorhanden sind (vgl. LSG München, Urt. v. 15.02.2019 - L 4 KR 326/17 - juris Rn. 53 ff., RID 19-02-114; a.A. SG Potsdam, Urt. v. 14.03.2013 - S 3 KR 407/10 - juris Rn. 60, RID 14-01-125). Andererseits dürfte regelmäßig von einer intensivmedizinischen Versorgung auszugehen sein, wenn ein Patient auf einer Intensivstation behandelt wird. Die Vermutung einer intensivmedizinischen Versorgung auf einer Intensivstation ist allerdings widerleglich. Einer intensivmedizinischen Versorgung dürfte es aber entgegenstehen, wenn der Behandlungsverlauf, wie er sich aus der Dokumentation ergibt, Merkmale aufweist, die den vom BSG entwickelten Kriterien der Intensivmedizin entgegenstehen.

Das ***SG*** wies die Klage ab.

dd) Künstliche Beatmung: Nasale CPAP (continous positive airway pressure)

LSG Hessen, Urteil v. 06.05.2020 - L 1 KR 309/19 **RID 20-03-146**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V §§ 109 IV 3; KHEntgG §§ 7 I 1 Nr. 1, 9 I 1 Nr. 1 u. 3, 11; KHG § 17b

Die **maschinelle Beatmung** („künstliche Beatmung“) setzt gemäß Kodierregel DKR 1001h (2011) nach Wortlaut und Regelungssystem voraus, dass der Patient intubiert oder tracheotomiert ist oder bei intensivmedizinischer Versorgung die Beatmung über ein Maskensystem erfolgt, wenn dieses an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt wird. Im Rahmen der hier streitigen **nasalen CPAP (continous positive airway pressure)** findet eine **Intubation** oder **Tracheotomie** jedoch nicht statt; die nasale CPAP ersetzt auch kein Maskensystem mit der Funktion einer Intubation oder Tracheotomie.

SG Gießen, Gerichtsb. v. 26.04.2018 - S 15 KR 639/15 - juris verurteilt die Bekl., der Kl. 5.808,42 € nebst Zinsen zu zahlen, das ***LSG*** wies die Klage ab.

6. Kein Rechtsschutzbedürfnis: Aussetzung v. Mindestvorgaben ohne drohenden Vergütungsverlust

LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss v. 28.04.2020 - L 9 KR 152/20 KL ER **RID 20-03-147**
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 108; SGG § 86b II

Einem Krankenhaus fehlt ein **Rechtsschutzbedürfnis** für eine vorläufige Aussetzung der Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gem. § 136a II 1 SGB V (Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie/PPP-RL), soweit der Ag. gemäß § 2 II PPP-RL von einer grundsätzlichen Unzulässigkeit der Leistungserbringung ausgeht, wenn die in § 6 der PPP-RL geregelten verbindlichen Mindestvorgaben nicht erfüllt werden. Rechtsfolge eines Verstoßes gegen die Erfüllung der Mindestvorgabe ist allein ein Vergütungsverlust. Ein Leistungserbringungsverbot ergibt sich aus § 2 II PPP-RL hingegen nicht. Auch **droht** der Ast. im Jahr 2020 entsprechend der klaren Übergangsregelung des § 16 II PPP-RL **kein Vergütungsverlust**, wenn sie Leistungen erbringt, ohne dabei die Mindestvorgaben gemäß § 2 PPP-RL i.V.m. § 6 PPP-RL einzuhalten.

Das ***LSG*** wies den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurück.

7. Aufwandspauschale: Erstattungsforderung der Krankenkasse

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil v. 09.06.2020 - L 9 KR 320/19 **RID 20-03-148**
Revision anhängig: B 1 KR 27/20 R
www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris
SGB V § 275

Leitsatz: Eine **Erstattungsforderung der Krankenkasse** für eine ohne Rechtsgrund gezahlte **Aufwandsentschädigung** nach § 275 Abs. 1 c SGB V ist auch vor dem 01.01.2016 nicht nach Treu und Glauben ausgeschlossen.

SG Berlin, Urt. v. 08.07.2019 - S 72 KR 2/18 - wies die Klage der Krankenkasse ab, das ***LSG*** verurteilte die bekl. Krankenhausträgerin, an die Kl. 900 € nebst Zinsen zu zahlen.

Nach BSG, Urt. v. 16.07.2020 - B 1 KR 15/19 R - steht der Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs für vor dem 01.01.2015 gezahlte Aufwandspauschalen in der hier vorliegenden, durch besondere Umstände gekennzeichneten Konstellation ausnahmsweise der Einwand unzulässiger Rechtsausübung entgegen.

IX. Beziehungen zu Leistungserbringern und Arzneimittelherstellern

1. Apotheken

a) Verletzung des Abgabeverbots: Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung

SG Nordhausen, Urteil v. 25.02.2020 - S 6 KR 251/18 **RID 20-03-149**

juris

SGB V § 129

Leitsatz: § 3 Abs. 1 S. 2 Spiegelstrich 3 des Rahmenvertrages zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem DAV nach § 129 Abs. 2 SGB V in der Fassung vom 30.09.2016 eröffnet dem **Apotheker** auf Antrag auch im Falle der **Verletzung des Abgabeverbotes** nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 Buchst b BtMVV einen Anspruch auf ermessensfehlerfreie Entscheidung der Krankenkasse darüber, ob trotz des Verstoßes der Apotheker ganz oder teilweise **vergütet** wird.

Das ***SG*** verurteilte die Bekl., über den Antrag der Kl. auf Kulanzentscheidung betreffend die Rezepte ermessensfehlerfrei neu zu entscheiden.

b) Kündigung der Vereinbarung über Röntgenkontrastmittel (Open-House-Verfahren)

SG Konstanz, Beschluss v. 26.06.2020 - S 7 KR 1075/20 ER **RID 20-03-150**

juris

SGB V § 130a; SGG § 86b II 2

Bei **Open House-Verträgen** haben alle in gleicher Weise die Möglichkeit, Verträgen beizutreten, um sodann im Rahmen des gesetzlichen Automatismus bei der Abgabe nach § 129 I 3 bevorzugt zu werden.

Insb. zu der Frage, ob das Recht zur ordentlichen **Kündigung wirksam vereinbart** wurde, ist eine weitergehende rechtliche Prüfung erforderlich. Es ist bereits fraglich, ob die §§ 305 ff. BGB auf den vorliegenden Vertrag gemäß § 69 I 3 SGB V anwendbar sind (vgl. hierzu auch LSG Sachsen, Beschl. v. 29.10.2015 - L 1 KR 37/15 B ER - juris) und ob es sich im Sinne des § 305c I BGB bei dem ordentlichen Kündigungsrecht des Rabattvertrages um eine Bestimmung in Allgemeinen Geschäftsbedingungen handelt, die nach den Umständen, insb. nach dem äußeren Erscheinungsbild des Vertrags, so ungewöhnlich ist, dass der Vertragspartner des Verwenders mit ihr nicht zu rechnen braucht, und die somit nicht Vertragsbestandteil wurde. Auch die Frage, ob die Bestimmung gemäß § 307 I 1 BGB die Ast. entgegen den Geboten von Treu und Glauben unangemessen benachteiligt, wird im Rahmen summarischer Prüfung letztlich nicht entschieden.

Die Beteiligten streiten im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes über die Frage der Wirksamkeit einer Kündigung der Vereinbarung über ein Röntgenkontrastmittel (Open-House-Verfahren für die KV-Region B.), die Frage der Wirksamkeit der Vereinbarung eines ordentlichen Kündigungsrechts in dem Rabattvertrag und die nach dem Rabattvertrag bestehenden Informationspflichten gegenüber den Vertragsärzten. Bei der Ast. handelt es sich um ein pharmazeutisches Unternehmen, das auf die Entwicklung, die Herstellung und den Vertrieb von Kontrastmitteln für bildgebende Verfahren spezialisiert ist. Das ***SG*** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

c) Keine Hemmung der Verjährung bei fehlender Klagesubstantiierung (Herstellerrabatt)

SG Kassel, Gerichtsbescheid v. 20.05.2020 - S 12 KR 955/19 **RID 20-03-151**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

BGB § 204 I Nr. 1

Der Krankenkasse steht der geltend gemachte Zahlungsanspruch nicht zu. Unabhängig davon, ob insoweit ein Rechtsgrund für die geltend gemachte Zahlung bestünde, ist der streitige, nach dem kl. Vorbringen **aus dem Jahr 2015 resultierende Zahlungsanspruch verjährt**. Zwar hätte insoweit zur Hemmung der Verjährung **eine Klageerhebung noch im Jahr 2019 an sich ausgereicht**, hierzu ist die vorliegende, im Dezember 2019 erhobene Klage auch nach Auffassung der Kammer mit dem Beklagten jedoch nicht geeignet gewesen. Zur Begründung hierfür macht sich die Kammer die o.a. dargelegten, die Kammer insgesamt überzeugenden tatsächlichen und insb. auch rechtlichen

Ausführungen des Bekl. zu eigen, wobei die Ausführungen zur nach Ansicht des Bekl. auch unzulässigen Klageerhebung hierin einbezogen werden können, und sieht nach eigener Prüfung analog § 136 Abs. 3 SGG von einer weiteren ausführlicheren Darstellung der Entscheidungsgründe ab.

Das ***SG*** wies die Klage der Krankenkasse gegen den bekl. Apotheker ab.

2. Hilfsmittelerbringer: Kein Beitritt zu Arzneiversorgungsvertrag (hier: Trinknahrung)

SG für das Saarland, Urteil v. 05.03.2020 - S 20 KR 398/18 **RID 20-03-152**

juris

SGB V §§ 31 I, 126, 127, 129

Leitsatz: 1. Eine Leistungserbringerin, die auch Elementardiäten in Form von Trinknahrung anbietet, hat kein Recht, zu einem ausschließlich auf § 129 Abs. 5 und 2 SGB V beruhenden **Arzneiversorgungsvertrag** (AVV) **beizutreten**. § 129 SGB V dient der Regelung der Rechtsbeziehungen der Apotheken zu den Krankenkassen; §§ 126, 127 SGB V bestimmen die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Hilfsmittellieferanten.
2. Ein AVV, der sich als Ergänzung zum Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V versteht, ist nicht deshalb als **typengemischter Vertrag** zu verstehen, weil in Anlage 2 zu dem AVV eine Preisberechnung für Elementardiäten/Sondennahrung enthalten ist.
3. Für die Leistungserbringerin besteht das Wahlrecht, einem bestehenden Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V beizutreten oder einen eigenen Vertrag mit der Krankenkasse auszuhandeln.

Das ***SG*** wies die Klage ab.

X. Angelegenheiten der Krankenkassen

1. Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte verfassungsgemäß

LSG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 29.08.2019 - L 5 KR 303/18 **RID 20-03-153**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 7/20 R

juris

SGB V §§ 15, 291 II Nr. 7, 291a VII, 291b I

Versicherte können die Verwendung der **elektronischen Gesundheitskarte** wegen ihrer Online-Funktion und der ihr zugrundeliegenden Telematik-Infrastruktur nicht wirksam ablehnen. An der **Verfassungsmäßigkeit** der maßgebenden gesetzlichen Bestimmungen bestehen keine Zweifel. Das BSG hat entschieden, dass die gesetzlichen Regelungen der Ausgestaltung und Verwendung der eGK nicht das Grundrecht Versicherter auf informationelle Selbstbestimmung als eine Ausprägung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (Art. 2 I i.V.m. Art. 1 I GG) verletzen (BSG, Urt. v. 18.11.2014 - B 1 KR 35/13 R - BSGE 117, 224 = SozR 4-2500 § 291a Nr. 1, BVerfG, 1. Sen. 3. Ka., Beschl. v. 08.06.2016 - 1 BvR 864/15 - nahm die Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung an). Dies gilt auch unter Berücksichtigung der weiteren Entwicklungen für § 15 SGB V i.d.F.d.G. v. 21.12.2015 (BGBl. I 2408) für §§ II 7, 291a VII und 291b I i.d.F.d.G. v. 06.05.2019 (BGBl. I 646).

SG Trier, Urt. v. 19.06.2018 wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

2. Ausstellung einer elektronischen Gesundheitskarte: Geeignete Lichtbilder

SG Hamburg, Beschluss v. 14.07.2020 - S 30 KR 1024/20 ER **RID 20-03-154**

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 15, 291

Leitsatz: 1. Krankenkassen sind berechtigt, die Ausstellung einer elektronischen Gesundheitskarte („eGK“) zu verweigern, wenn Versicherte **ungeeignete Lichtbilder** einreichen. Bei der Beurteilung des Lichtbildes haben sie die Eignung der elektronischen Gesundheitskarte als Versicherungsnachweis gegen die geschützten Rechtsgüter der Versicherten abzuwägen, insbesondere gegen das allgemeine Persönlichkeitsrecht und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung.
2. Es besteht ein legitimes Interesse der Krankenkassen an einer **Vereinheitlichung des Erscheinungsbildes der eGK**. Das persönliche Interesse der Versicherten auf der eGK die eigene Persönlichkeit und Meinung durch ein besonderes Erscheinungsbild zum Ausdruck zu bringen, muss

insoweit zurückstehen. Insbesondere Lichtbilder, die durch ihre Gestaltung geeignet sind, im Rechtsverkehr Zweifel an der Echtheit der eGK hervorzurufen, dürfen von den Krankenkassen zurückgewiesen werden (hier: Tragen einer Weihnachtsmannmütze).

Das ***SG*** lehnte den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

3. Kein Anspruch auf Ausstellung eines papiergebundenen Anspruchsausweises anstelle der eGK

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil v. 28.03.2019 - L 16 KR 676/16 **RID 20-03-155**

Revision nach Nichtzulassungsbeschwerde anhängig: B 1 KR 15/20 R

www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris

SGB V §§ 15 II, 291a

Ein Versicherter hat keinen Anspruch auf Ausstellung eines **papiergebundenen Anspruchsausweises** anstelle der **elektronischen Gesundheitskarte** über den 01.01.2015 hinaus.

SG Dortmund, Gerichtsb. v. 08.08.2016 - S 8 KR 504/15 - wies die Klage ab, das ***LSG*** die Berufung zurück.

XI. Bundessozialgericht (BSG)

1. Vertrags(zahn)ärztliche Behandlung

a) Wertungsmäßige Vergleichbarkeit bei Verlust eines wichtigen Sinnesorgans

BSG, Urteil v. 19.03.2020 - B 1 KR 22/18 R **RID 20-03-156**

juris = Die Leistungen Beilage 2020, 274

Für einen Anspruch nach **§ 2 Ia SGB V** (grundrechtsorientierte Auslegung) bezieht sich die **wertungsmäßige Vergleichbarkeit** allein auf die Schwere und das Ausmaß der aus der Erkrankung folgenden Beeinträchtigung, indem der Gefahr des Todes der nicht kompensierbare Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion gleichgestellt wird. Die wertungsmäßige Gleichstellung ermöglicht dagegen keine Reduzierung der Anforderungen an den die **individuelle Notlage kennzeichnenden erheblichen Zeitdruck** für einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf. So muss nach den konkreten Umständen des Falls der **Verlust der Sehfähigkeit** (hier: aufgrund eines Schleimhautpemphigoids) innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit drohen.

b) Satzungsregelung zur künstlichen Befruchtung

BSG, Urteil v. 17.12.2019 - B 1 KR 7/19 R **RID 20-03-157**

SozR 4-2500 § 11 Nr. 7

Leitsatz: Eine Krankenkasse darf **Satzungsmehrleistungen** für Maßnahmen der **künstlichen Befruchtung** auch dann auf die ersten drei Behandlungsversuche begrenzen, wenn der gesetzliche Leistungsanspruch im Einzelfall für mehr als drei Behandlungszyklen besteht.

c) Kostenbeteiligung zur Entfernung von Brustimplantaten

BSG, Urteil v. 27.08.2019 - B 1 KR 37/18 R **RID 20-03-158**

BSGE = SozR 4-2500 § 52 Nr. 1 = GesR 2019, 796 = NZS 2020, 58 = NJW 2020, 708 = KHE 2019/62 = MedR 2020, 601

Leitsatz: Die gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen, Versicherte in angemessener Höhe an den **Behandlungskosten** von Krankheiten **zu beteiligen**, die sie sich aufgrund medizinisch nicht indizierter **ästhetischer Operationen** zugezogen haben, verstößt nicht gegen den Gleichheitssatz.

2. Fingierte Genehmigung

a) Deutlich fehlende Anspruchsvoraussetzungen: In-vitro-Fertilisations-Behandlung und Altersgrenze

BSG, Urteil v. 27.08.2019 - B 1 KR 8/19 R **RID 20-03-159**

SozR 4-2500 § 13a Nr. 2 = KHE 2019/57

Leitsatz: 1. Beantragt ein Versicherter bei seiner Krankenkasse eine Leistung, für die **formale** oder **jedem deutliche gesetzliche Anspruchsvoraussetzungen** nicht erfüllt sind, gilt die Leistung trotz verfristeter Bescheidung des Antrags nicht als genehmigt.

2. Gilt eine bei der Krankenkasse beantragte Leistung mangels fristgerechter Entscheidung als genehmigt, **erledigt** sich die **fingierte Genehmigung** mit dem Zeitpunkt, in dem der Berechtigte bei Leistungsbeschaffung eine klare gesetzliche Altersgrenze überschreitet.

b) Zahnersatz: Kein Anspruch auf Übernahme auch des Eigenanteils

BSG, Urteil v. 27.08.2019 - B 1 KR 9/19 R **RID 20-03-160**

BSGE 129, 62 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 49 = SuP 2019, 712 = KrV 2019, 243

Leitsatz: 1. Der Antrag auf Versorgung mit einem die **Regelversorgung** übersteigenden **Zahnersatz** liegt offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung.

2. **Entscheidet** eine Krankenkasse **nicht fristgerecht** über einen Antrag auf Versorgung mit einem die Regelversorgung übersteigenden Zahnersatz, gilt die Leistung dennoch nicht als genehmigt.

3. Die **Bewilligung von Zahnersatz** aufgrund eines Heil- und Kostenplans **erlischt** auch dann mangels Eingliederung des Zahnersatzes nach Ablauf von sechs Monaten, wenn sie fingiert war.

3. Anziehen von Kompressionsstrümpfen in Einrichtung der Eingliederungshilfe

BSG, Urteil v. 07.05.2020 - B 3 KR 4/19 R **RID 20-03-161**

juris

Das **Anziehen von Kompressionsstrümpfen** ist mit dem von Thrombosestrümpfen nicht gleichzusetzen.

Während für die Hilfe des An- und Ausziehens nicht ärztlich verordneter Stütz- und Antithrombosestrümpfe medizinisch ausgebildetes **Fachpersonal** nicht erforderlich ist, gilt dies für ärztlich verordnete Kompressionsstrümpfe im Rahmen einer Kompressionstherapie nicht gleichermaßen. Es ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob die **Einrichtung** die konkrete behandlungspflegerische Maßnahme nach ihrem Aufgabenprofil, der Ausrichtung auf ein bestimmtes Bewohnerklientel und insbesondere aufgrund ihrer sächlichen und personellen Ausstattung selbst zu erbringen hat.

4. Beziehungen zu Krankenhäusern

a) Fallzusammenführung: Wiederaufnahme und wirtschaftliches Alternativverhalten

BSG, Urteil v. 19.11.2019 - B 1 KR 6/19 R **RID 20-03-162**

SozR 4-2500 § 109 Nr. 81 = KrV 2020, 79 = ZMGR 2020, 104 = KRS 2020, 15 = KHE 2019/76

Leitsatz: Entlässt ein Krankenhaus einen Versicherten trotz erwarteter und später erfolgter kurzfristiger **Wiederaufnahme** zur Tumoroperation, ohne die zeitnahe histologische Absicherung abzuwarten, hat es nur Anspruch auf Vergütung fiktiven **wirtschaftlichen Alternativverhaltens** als ein Behandlungsfall.

b) Spontanatmungsstunden und Beatmungszeit

BSG, Urteil v. 17.12.2019 - B 1 KR 19/19 R **RID 20-03-163**
SozR 4-5562 § 9 Nr. 15 = KRS 2020, 145 = KHE 2019/81
Leitsatz: Ein Krankenhaus darf auch ohne Entwöhnungserfolg **Spontanatmungsstunden** in die **Beatmungsvergütung** einbeziehen, wenn es versucht hat, einen Patienten methodisch gezielt von maschineller Beatmung mit mindestens täglich sechsstündiger Maskenbeatmung zu entwöhnen.

5. Pharmazeutische Unternehmer: Maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene

BSG, Urteil v. 08.08.2019 - B 3 KR 16/18 R **RID 20-03-164**
BSGE 129, 30 = SozR 4-2500 § 130b Nr. 4 = NZS 2020, 381
Leitsatz: 1. In der Vorinstanz am Rechtsstreit als „Beklagte“ am Verfahren Beteiligte müssen in der Rechtsmittelinstanz nicht - entsprechend ihrer zutreffenden Rolle - als notwendig Beizuladende formell **beigeladen** werden, wenn sich dies auf das Ergebnis des Rechtsstreits nicht auswirkt.
2. Der **Schiedsstelle** steht grundsätzlich die Befugnis zu, vorab formell über die am Schiedsverfahren **Beteiligten** zu entscheiden.
3. Gegen eine Entscheidung der Schiedsstelle über die am Schiedsverfahren Beteiligten ist eine kombinierte **Anfechtungs- und Feststellungsklage** statthaft.
4. Bei einer **Normsetzung** durch Selbstverwaltungsorgane (hier: Zustandekommen einer Rahmenvereinbarung nach § 130b SGB V) ist eine hinreichende **Betroffenenpartizipation** sicherzustellen.
5. Wird die Betroffenenpartizipation kraft Gesetzes über die **Beteiligung von Verbänden** gewährleistet, muss die Pluralität betroffener unterschiedlicher Interessen bei der Auswahl der Verbände sachgerecht abgebildet werden.

6. Angelegenheiten der Krankenkassen

a) Beratungs- und Betreuungsleistungen durch Vertrag mit Beratungsunternehmen

BSG, Urteil v. 08.10.2019 - B 1 A 3/19 R **RID 20-03-165**
BSGE = SozR 4-2500 § 11 Nr. 6 = KrV 2020, 27
Leitsatz: 1. Eine Krankenkasse darf **Versorgungsmanagementprogramme** zur Optimierung der Versorgung der Versicherten nicht eigenständig ohne Einbeziehung der betroffenen **Leistungserbringer** durchführen.
2. Eine Krankenkasse darf Unterstützungs- und Beratungsleistungen im Rahmen eines Versorgungs- und Entlassmanagements als Kernaufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nicht **auf Dritte übertragen**.

b) Kostenerstattungs-Wahltarife/Unterlassungsanspruch privaten Krankenversicherer

BSG, Urteil v. 30.07.2019 - B 1 KR 34/18 R **RID 20-03-166**
BSGE 129, 10 = SozR 4-2500 § 53 Nr. 3 = MedR 2020, 406 = GesR 2020, 469
Leitsatz: 1. Erweitert eine Krankenkasse ohne gesetzliche Ermächtigung ihren Tätigkeitskreis durch Gestaltungsleistungen kraft Satzung, gibt der allgemeine öffentlich-rechtliche **Unterlassungsanspruch Unternehmen der privaten Krankenversicherung** das Recht, ihr das Bewerben und Anbieten dieser Leistungen zu verbieten.
2. Die Ermächtigung, **Kostenerstattungs-Wahltarife** einzuführen, berechtigt Krankenkassen lediglich dazu, den Umfang gesetzlich zugelassener Kostenerstattung bis hin zur vollen Kostenübernahme zu erhöhen.

C. ENTSCHEIDUNGEN ANDERER GERICHTE

I. Ärztliches Berufsrecht

1. Widerruf/Ruhen/Wiedererteilung der Approbation/Berufserlaubnis

a) Widerruf der Approbation

aa) Verwertung der Feststellungen in Strafurteil

VGH Bayern, Beschluss v. 15.06.2020 - 21 CS 19.1563 **RID 20-03-167**

juris

BÄO §§ 3, 5; VwGO §§ 80 V, 146 IV

Einwendungen, die nicht erkennen lassen, dass die der **strafgerichtlichen Verurteilung** zugrunde liegenden tatsächlichen Feststellungen nicht zutreffen, sind nicht geeignet, davon abzusehen, die in einem rechtskräftigen Strafurteil enthaltenen Feststellungen nicht zur Grundlage einer behördlichen oder gerichtlichen Beurteilung von Approbationswiderrufen zu machen.

LG Bamberg, Urt. v. 17.10.2016 **verurteilte** den Ast., Chefarzt einer Klinik für Gefäßchirurgie, wegen folgender Taten zu einer Freiheitsstrafe von 7 Jahren und 9 Monaten und verbot ihm für die Dauer von fünf Jahren die Ausübung des Arztberufs:

- Schwere Vergewaltigung in sechs Fällen jeweils mit gefährlicher Körperverletzung und mit Verletzung des höchstpersönlichen Lebensbereichs durch Bildaufnahmen, davon in vier Fällen mit sexuellem Missbrauch unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses,
- schwere sexuelle Nötigung in fünf Fällen jeweils mit sexuellem Missbrauch unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses, mit gefährlicher Körperverletzung und mit Verletzung des höchstpersönlichen Lebensbereichs durch Bildaufnahmen,
- schwerer sexueller Missbrauch von Widerstandsunfähigen in vier Fällen jeweils mit sexuellem Missbrauch unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses und mit Verletzung des höchstpersönlichen Lebensbereichs durch Bildaufnahmen, davon in drei Fällen mit vorsätzlicher Körperverletzung,
- gefährliche Körperverletzung in einem Fall,
- vorsätzliche Körperverletzung in einem Fall und
- Verletzung des höchstpersönlichen Lebensbereichs durch Bildaufnahmen in einem Fall.

Das **Strafurteil** ist, nachdem die auf ein Aufklärungsdefizit gestützte Revision des Ast. ohne Erfolg blieb, seit März 2018 **rechtskräftig**. Die beim BVerfG eingelegte Verfassungsbeschwerde des Ast. hatte ebf. keinen Erfolg. Im August 2018 widerrief die Ag. die Approbation des Ast. als Arzt und ordnete die sofortige Vollziehung an. ***VG Bayreuth***, Beschl. v. 11.07.2019 - B 10 S 18.968 - lehnte den Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz ab, der ***VGH*** wies die Beschwerde zurück.

bb) Strafverurteilung wegen Besitzes und Verbreitens von Kinderpornografie

OVG Sachsen, Beschluss v. 20.04.2020 - 6 A 1182/18 **RID 20-03-168**

juris

BÄO §§ 3 I Nr. 2, 5 II

Ein Arzt zeigt ein **gravierendes Fehlverhalten**, das mit dem Berufsbild und den allgemeinen Vorstellungen von der Persönlichkeit eines Arztes schlechthin nicht vereinbar ist, wenn er durch den **Besitz nicht unerheblicher Mengen kinderpornografischen Bildmaterials**, das zum Teil auch Kinder unter 14 Jahre darstellt, welche an sich selbst oder einem anderen sexuelle Handlungen vornehmen oder den Geschlechtsverkehr vollziehen, zumindest mittelbar zum Erhalt und zur Förderung des „Kinderpornografiemarktes“ beiträgt und durch seine Nachfrage Anreize zur Begehung neuer Straftaten des sexuellen Missbrauchs von weiteren Kindern schafft.

VG Chemnitz, Urt. v. 21.08.2018 - 4 K 2279/16 - RID 19-01-181 wies die Klage gegen den Widerruf seiner 2008 erlangten ärztl. Approbation ab, das ***OVG*** lehnte den Antrag auf Zulassung der Berufung ab.

cc) Verurteilung wegen Besitzes von Kinderpornografie

VG Oldenburg, Urteil v. 23.06.2020 - 7 A 2200/19 **RID 20-03-169**

juris

BÄO §§ 3, 5; StGB § 184b IV; GG Art. 12 I

Leitsatz: Die **strafrechtliche Verurteilung** eines Arztes wegen des Besitzes **kinderpornografischer Schriften** rechtfertigt den Widerruf seiner Approbation.

dd) Missbräuchliches Verordnen von Benzodiazepinen

VG Oldenburg, Urteil v. 23.06.2020 - 7 A 461/19 **RID 20-03-170**

juris

BÄO §§ 3, 5

Leitsatz: Die Verletzung der Berufspflichten eines Arztes wegen des **missbräuchlichen Verordnens des Medikamentes** Fluninoc (Wirkstoff Flunitrazepam, eine Substanz aus der Gruppe der Benzodiazepine) rechtfertigt den Widerruf seiner Approbation.

ee) Vorsätzliches unerlaubtes Betreiben von Bankgeschäften

VGH Bayern, Beschluss v. 19.05.2020 - 21 ZB 16.540 **RID 20-03-171**

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 2, 5 II 1; KredWG § 54 I Nr. 2

Eine auch in der Eigenschaft als Arzt begangene Straftat des **vorsätzlichen unerlaubten Betreibens von Bankgeschäften** mit der Folge hoher **Vermögensschäden** (auch) seiner **Patienten** zeigt ein Verhalten, das mit dem Berufsbild eines vorrangig am Wohl der Patienten orientierten Arztes nicht vereinbar ist. Ein Gewinnstreben um jeden Preis steht in einem unauflösbaren Widerspruch zu dem in der Öffentlichkeit vorhandenen und in der Berufsordnung der bayerischen Ärzte vorausgesetzten Bild des helfenden Arztes.

Die Feststellung, dass sich ein Arzt eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unwürdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergibt, knüpft nicht an die Verwirklichung **bestimmter Straftatbestände** und/oder das Maß der verhängten Strafe an. Der Approbationswiderruf wegen Unwürdigkeit setzt vielmehr allgemein ein schwerwiegendes Fehlverhalten voraus, das geeignet ist, das **Vertrauen der Öffentlichkeit** in den ärztlichen Berufsstand nachhaltig zu erschüttern, bliebe das Verhalten für den Fortbestand der Approbation folgenlos (BVerwG, Beschl. v. 20.09.2012 - 3 B 7/12 - juris Rn. 4).

Das Landgericht verurteilte den Kl. mit rechtskräftigem Urt. v. 09.01.2014 wegen vorsätzlichen unerlaubten Betreibens von Bankgeschäften (§ 54 I Nr. 2 KWG) zu einer **Freiheitsstrafe von einem Jahr**, deren Vollstreckung zur Bewährung ausgesetzt wurde. Der Verurteilung lag nach dem **Inhalt des Strafurteils** im Wesentlichen folgender Sachverhalt zugrunde: Der Kl. kam im Jahr 2003 in Kontakt mit einem Herrn E. und einem Herrn B., die Vertreter der Firmen AG mit Sitz in der Schweiz waren. Diese Firmen boten Geldanlagen mit erheblichen Renditen an. Dem Kl. wurden die Geldanlagen als völlig sicher dargestellt. Der Kl. glaubte den Versprechungen der Herren E. und B. und stellte der AG bis zum Jahr 2010 insgesamt etwa 3.500.000 € bei Zinssätzen zwischen 15 v.H. und 20 v.H. darlehensweise zur Verfügung. Von diesem Geld stammten etwa 2.000.000 € aus dem Vermögen des Kl., die verbleibenden 1.500.000 € hatte der Kl. im Zeitraum von Oktober 2005 bis September 2010 von Bekannten und von Patienten zur Verfügung gestellt bekommen. Der Kl. hatte diesem Personenkreis von seinen Geldanlagen erzählt und bot ihm die Möglichkeit, sich daran zu beteiligen. Der Kl. sammelte jeweils Geld bis zu einem bestimmten Betrag an, verbrachte es mit seinem Privatflugzeug in die Schweiz und übergab es bar Herrn E. Über die Hingabe des Geldes wurde jeweils ein Darlehensvertrag geschlossen, mit dem sich die AG zur Rückzahlung des Kapitals einschließlich Zinsen binnen eines bestimmten Zeitraums verpflichtete. Eine Trennung zwischen eigenen Geldern des Kl. und dem Geld der Patienten und Bekannten fand dabei nicht statt. Der Kl. hatte seinen Anlegern zugesagt, dass das Kapital sicher zurückbezahlt werde und gab als Sicherheit hierfür auf Wunsch auch persönliche Bürgschaften ab. Die vom Kl. seinen Anlegern versprochenen Zinsen bewegten sich zwischen 10 v.H. und 12 v.H. Die Differenz zu den dem Kl. versprochenen Zinssätzen zwischen 15 v.H. und 20 v.H. sollten der Gewinn des Kl. sein. Das Anlagesystem war auf Betrug aufgebaut. Die vom Kl. in die Schweiz verbrachten Gelder wurden nicht investiert, sondern von Herrn E. und Herrn B. für eigene Zwecke verbraucht. Nachdem das aufgedeckt worden war, wurde der Kl. zumindest teilweise von seinen Anlegern aus von ihm abgegebenen Bürgschaften und Schuldversprechen in

Anspruch genommen, was zu seiner Privatinsolvenz führte. Dem Kl. wurde im Mai 2014 die Approbation als Arzt wegen Unwürdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs widerrufen. ***VG München***, Urt. v. 03.12.2015 wies die Klage ab. Der ***VGH*** lehnte den Antrag auf Zulassung der Berufung ab.

b) Anordnung des Ruhens der Approbation wegen wahnhafter Störung

VGH Bayern, Beschluss v. 16.07.2020 - 21 CS 20.1192 **RID 20-03-172**

juris

BÄO §§ 3 I 1 Nr. 3, 6 I Nr. 2; VwGO §§ 80 V, 146 IV

Bei der Beurteilung gesundheitlicher Mängel ist als maßgeblicher **Beurteilungszeitpunkt** auf den Zeitpunkt der gerichtlichen Entscheidung abzustellen.
Für **„mildere" Maßnahmen**, wie unter Fristsetzung die Möglichkeit einzuräumen, ein weiteres Gutachten zu beschaffen oder sich in psychiatrische oder psychologische Behandlung zu begeben, besteht keine Rechtsgrundlage. Der Arzt kann zu jeder Zeit – im verwaltungsgerichtlichen Verfahren und darüber hinaus – in geeigneter Weise, z.B. durch Vorlage eines weiteren Gutachtens, darlegen, dass er die gesundheitliche Eignung für die Ausübung des Arztberufs besitzt. Wenn die Voraussetzungen der Ruhensanordnung nicht mehr vorliegen, muss die Behörde gem. § 6 II BÄO diese zwingend aufheben. Die Approbationsbehörde ist auch von Amts wegen dazu verpflichtet, in regelmäßigen Abständen zu überprüfen, ob die Voraussetzungen für das Ruhen noch bestehen. Auch ob und auf welche Weise, ggf. mit welcher Behandlung, ein betroffener Arzt seine gesundheitliche Eignung wieder herstellen kann, liegt in seiner Sphäre und ist, zumal die Ast. jede Behandlung ablehnt, einer Anordnung nicht zugänglich.

c) Zur Befangenheit des Richters als Patient eines Arztes

OVG Niedersachsen, Beschluss v. 30.04.2020 - 8 LA 60/19 **RID 20-03-173**

juris

VwGO § 54 I; ZPO §§ 42, 48

Leitsatz: Im Klageverfahren gegen den **Widerruf der Approbation** eines Arztes kann ein **Richter**, der diesen Arzt wiederholt als Patient konsultiert hat, aus der - insoweit maßgeblichen - Perspektive der Beteiligten **befangen** erscheinen.

2. Strafrecht

a) BGH: Behandlungsver. ohne Approbation/Anvertrautsein im Rahmen eines Schülerpraktikums

BGH, Beschluss v. 07.04.2020 - 3 StR 44/20 **RID 20-03-174**

juris

StGB §§ 174 I Nr. 1, 174c I, 184h Nr. 1

Leitsatz: 1. Eine **ärztliche Behandlung**, die der Täter ohne Approbation vornimmt, kann nach den von der Rechtsprechung entwickelten allgemeinen Maßstäben eine sexuelle Handlung im Sinne des § 184h Nr. 1 StGB sein, auch wenn die Behandlung medizinisch indiziert war und für sich genommen lege artis vorgenommen wurde.
2. Eine **Person unter sechzehn Jahren** kann dem Täter im Rahmen eines **Schülerpraktikums anvertraut** im Sinne des § 174 Abs. 1 Nr. 1 StGB sein.
3. Ein Behandlungsverhältnis gemäß § 174c Abs. 1 StGB setzt **keine Approbation des Täters** voraus.

b) Werbung zum Schwangerschaftsabbruch auf Internetseite

KG Berlin, Beschluss v. 19.11.2019 - 3 Ss 80+81/19, 121 Ss 143/19, (3) 121 Ss 143/19 (80 + 81/19) **RID 20-03-175**

juris
StGB § 219a

Leitsatz: 1. Ein Arzt, der auf seiner **Internetseite** in dem angebotenen Leistungsspektrum auf die **Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen** unter Angabe der verwendeten Behandlungsmethode und dem Zusatz „in geschützter Atmosphäre“ hinweist, macht sich auch auf der Grundlage des neu eingefügten § 219a Abs. 4 StGB nach § 219a Abs. 1 StGB wegen **Werbung** für den Abbruch der Schwangerschaft **strafbar**.
2. Das Tatbestandsmerkmal um seines **Vermögensvorteils willen** im Sinne von § 219a Abs. 1 StGB ist zwar im Sinne einer Bereicherungsabsicht zu verstehen. Die Ausgestaltung von § 219a Abs. 1 StGB als abstraktes Gefährdungsdelikt ist dabei aber zu berücksichtigen.
3. Bietet ein Arzt fremde Schwangerschaftsabbrüche an, liegt eine **Bereicherungsabsicht** im Sinne von § 219a Abs. 1 StGB nicht auf der Hand. In so gelagerten Fällen bedarf es für das Bejahen dieses Merkmals darüber hinausgehender Feststellungen, die ein eigenes wirtschaftliches Interesse belegen.

c) Bestechung: Vertrieb von Nahrungsergänzungsmitteln über umsatzbeteiligte Ärzte

LG Hildesheim, Beschluss v. 07.02.2020 - 15 Qs 1/20, 15 Qs 2/20 **RID 20-03-176**

juris = StraFo 2020, 253
StGB §§ 299a Nr. 3, 299b Nr. 1 u. 3

Leitsatz: 1. **Nahrungsergänzungsmittel** unterfallen nicht den Arznei-, Heil oder Hilfsmitteln im Sinne des § 299b Nr. 1 oder 2 StGB.
2. Die **Zuführung von Kunden** an einen Hersteller von Nahrungsergänzungsmitteln durch einen **umsatzbeteiligten Arzt** stellt **keine Zuführung von Patienten** im Sinne des § 299b Nr. 3 StGB dar.

3. Berufspflichten

a) Berufsrechtlicher Überhang trotz Einstellung des Strafverfahrens wegen sexuellen Missbrauchs

LBerG für Heilberufe Münster, Beschluss v. 29.07.2020 - 6t E797/18.T **RID 20-03-177**

juris
HeilBerG NRW § 29 I; StGB § 174c; StPO § 153a

Leitsatz: Ein **berufsrechtlicher Überhang** fehlt nicht bereits dann regelmäßig, wenn wegen der der Berufspflichtverletzung zugrunde liegenden Tat ein **Strafverfahren wegen sexuellen Missbrauchs** unter Ausnutzung eines Behandlungsverhältnisses nach § 174c Abs. 1 StGB geführt und gemäß § 153a Abs. 2 StPO **eingestellt** worden ist.

b) Kein Rechtsschutz gegen Einstellung eines berufsrechtlichen Ermittlungsverfahrens

VG Meiningen, Beschluss v. 10.01.2019 - 7 B 70006/17 **RID 20-03-178**

juris
HeilBG Thüringen § 57

Gegen die **Einstellung** eines **berufsrechtlichen Ermittlungsverfahrens** nach § 57 I 2 ThürHeilBG wegen geringer Schuld sieht das Thüringer Heilberufegesetz keinen **gerichtlichen Rechtsschutz** vor. Die Rechtsschutzgarantie des Art. 19 IV GG verlangt nicht die Gewährung von berufsgerichtlichem Rechtsschutz.

4. Berechtigung zur Ausübung des Notfalldienstes

OLG Hamm, Urteil v. 29.01.2020 - 11 U 83/19 **RID 20-03-179**

juris

BGB § 839

Die **Berechtigung zur Ausübung des Notfalldienstes** hängt nicht davon ab, ob die K(Z)V den Arzt durch Rechtsakt von der Teilnahme ausgeschlossen hat. Die Entscheidung über die Nichtheranziehung ist nicht konstitutiv für den Anspruch, zum Notfalldienst herangezogen zu werden. Vielmehr sind für die Heranziehung zum kassenärztlichen Notfalldienst die im HeilBerG und der Notfalldienstordnung der K(Z)V normierten Voraussetzungen zu erfüllen; nur dann besteht ein Anspruch auf Teilnahme am Notfalldienst.

Die materiellen Voraussetzungen für die Heranziehung zum kassenzahnärztlichen Notfalldienst ergeben sich aus § 30 I Nr.2 HeilBerG NRW i.V.m. § 3 I u. III NDO KZVWL. Die genannten Vorschriften erfordern für die Heranziehung zum Notfalldienst die **Ausübung des Berufs in ambulanter Tätigkeit** sowie den **Betrieb einer eigenen Praxis**. Der Praxisbegriff bezieht sich nicht allein auf das Vorhandensein geeigneter Räume, sondern auf die Gesamtheit der gegenständlichen und personellen Grundlagen für die Tätigkeit als in freier Praxis niedergelassener Arzt, wobei der Praxisbetrieb neben Praxisräumen, die erforderliche Praxisinfrastruktur, den Hinweis auf den Praxissitz und Sprechzeiten durch ein entsprechendes Schild und die tatsächliche Entfaltung der ärztlichen Tätigkeit in dem jeweiligen Fachgebiet umfasst. An einem Praxisbetrieb fehlt es dann, wenn der Arzt keine ärztliche Tätigkeit mehr ausübt und über keinen Patientenstamm verfügt (vgl. BSG, Urt. v. 29.09.1999 - B 6 KA 1/99 R - BSGE 85, 1 = SozR 3-2500 § 103 Nr. 5, juris Rn. 40).

5. MRT Untersuchungen durch Orthopäden

LG Darmstadt, Urteil v. 13.05.2020 - 19 O 550/16 **RID 20-03-180**

juris

BGB § 812; GOÄ § 1; HeilBerG Hessen §§ 34, 35

Fachärzte für Orthopädie können **MRT Untersuchungen** bei ihren Privatpatienten durchführen. Sie sind weder als fachgebietsfremd im Sinne des § 34 Hess. HeilBerG noch entgegen den Regeln der ärztlichen Heilkunst (§ 1 II GOÄ) erbracht.

6. Strukturelle Voraussetzungen einer Weiterbildungsbefugnis zu „Spezielle Schmerztherapie“

VG Würzburg, Urteil v. 15.05.2020 - W 10 K 19.671 **RID 20-03-181**

juris

HKG Bayern Art. 31, 35

Für die Erteilung einer zwölfmonatigen **Weiterbildungsbefugnis** in der ärztlichen **Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“** für einen Facharzt für Allgemeinmedizin mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ fehlt es an den **strukturellen Voraussetzungen**, wenn der Arzt in seiner Praxis keine multimodale Schmerztherapie in interdisziplinärer Zusammenarbeit anwendet bzw. es an der hierfür erforderlichen personellen Ausstattung fehlt. Bedenken gegen die Wirksamkeit der einschlägigen Satzungsbestimmungen der WBO bestehen nicht.

7. Erteilung eines elektronischen Heilberufsausweises: Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit

VG Schwerin, Beschluss v. 09.06.2020 - 7 A 651/20 SN **RID 20-03-182**

juris

SGB V § 291a; SGG § 51 I Nr. 2

Leitsatz: Für Streitigkeiten um die Erteilung eines elektronischen Heilberufsausweises im Sinne von § 291a SGB V durch die zuständige heilberufliche Kammer sind gemäß § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG die Sozialgerichte zuständig.

II. Arzthaftung

1. Bundesgerichtshof (BGH)

a) Abgrenzung eines Befunderhebungsfehlers vom Fehler der therapeutischen Aufklärung

BGH, Urteil v. 26.05.2020 - VI ZR 213/19 **RID 20-03-183**

juris

BGB §§ 280 II, 823 I

Leitsatz: 1. Der für die **Auswertung eines Befundes** verantwortliche Arzt hat all die Auffälligkeiten zur Kenntnis und zum Anlass für die gebotenen Maßnahmen zu nehmen, die er aus berufsfachlicher Sicht seines Fachbereichs unter Berücksichtigung der in seinem Fachbereich vorausgesetzten Kenntnisse und Fähigkeiten sowie der Behandlungssituation feststellen muss (Senatsurteil vom 21. Dezember 2010 - VI ZR 284/09, BGHZ 188, 29 Rn. 11 f.). Diese Pflicht besteht erst recht dann, wenn, wie bei einem **Mammographie-Screening**, Zweck der Untersuchung die Früherkennung einer Krebserkrankung ist und es sich um eine im Rahmen der Anamnese nachgefragte und angegebene Auffälligkeit (hier: Mamillenretraktion) handelt, die auf eben eine solche Krebserkrankung hindeuten kann.
2. Zum Grundsatz der **horizontalen Arbeitsteilung**.
3. Zur **Abgrenzung** eines **Befunderhebungsfehlers** von einem **Fehler der therapeutischen Aufklärung** ist danach zu differenzieren, ob der Schwerpunkt der Vorwerfbarkeit ärztlichen Fehlverhaltens in der unterbliebenen Befunderhebung als solcher oder in dem Unterlassen von Warnhinweisen zum Zwecke der Sicherstellung des Behandlungserfolgs liegt. Wird etwa der Patient zutreffend über das Vorliegen eines kontrollbedürftigen Befundes und die medizinisch gebotenen Maßnahmen einer weiteren Kontrolle informiert und unterbleibt (lediglich) der Hinweis auf die Dringlichkeit der gebotenen Maßnahmen, so liegt der Schwerpunkt der Vorwerfbarkeit regelmäßig in dem Unterlassen von Warnhinweisen (Senatsurteil vom 11. April 2017 - VI ZR 576/15, NJW 2018, 621 Rn. 15). Fehlt es dagegen schon an dem Hinweis, dass ein kontrollbedürftiger Befund vorliegt und dass Maßnahmen zur weiteren Abklärung medizinisch geboten sind, liegt der Schwerpunkt der Vorwerfbarkeit regelmäßig in der unterbliebenen Befunderhebung.

b) Haftung eines vom Durchgangsarzt hinzugezogenen Radiologen

BGH, Urteil v. 10.03.2020 - VI ZR 281/19 **RID 20-03-184**

juris

SGB VII § 34; BGB §§ 630a I, 839; GG Art. 34

Leitsatz: Zur Frage der Haftung eines vom **Durchgangsarzt** nach Anordnung der besonderen Heilbehandlung **hinzugezogenen Radiologen** für einen **Diagnosefehler** (Fortführung Senatsurteil vom 29. November 2016 - VI ZR 208/15, BGHZ 213, 120).

c) Verjährung wegen ärztlicher Behandlungsfehler im Zusammenhang mit Geburt

BGH, Urteil v. 26.05.2020 - VI ZR 186/17 **RID 20-03-185**

juris

BGB §§ 195, 199

Leitsatz: Die regelmäßige **Verjährungsfrist** nach § 195 BGB wird mangels grob fahrlässiger Unkenntnis von den den Anspruch begründenden Umständen im Sinne von § 199 Abs. 1 Nr. 2 Alt. 2 BGB grundsätzlich nicht schon dann in Lauf gesetzt, wenn es der Geschädigte oder sein Wissensvertreter unterlässt, **Krankenhausunterlagen auf ärztliche Behandlungsfehler** hin zu überprüfen (Festhalten an BGH, Urteil vom 16. Mai 1989 - VI ZR 251/88, NJW 1989, 2323).

d) Selbständiges Beweisverfahren zu Inhalt und Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht

BGH, Beschluss v. 06.07.2020 - VI ZB 27/19 **RID 20-03-186**

juris
ZPO § 485 II

Leitsatz: Beweisfragen zu Inhalt und Umfang der **ärztlichen Aufklärungspflicht** kommen als Gegenstand eines **selbständigen Beweisverfahrens** nach § 485 Abs. 2 ZPO in Betracht (Festhaltung Senatsbeschluss vom 19. Mai 2020 - VI ZB 51/19, juris).

e) Gegenstand eines selbständigen Beweisverfahrens: Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht

BGH, Beschluss v. 19.05.2020 - VI ZB 51/19 **RID 20-03-187**

juris
ZPO §§ 404a I, 485 II 1 Nr. 2, 492 I

Leitsatz: Beweisfragen zu Inhalt und Umfang der **ärztlichen Aufklärungspflicht** kommen als Gegenstand eines **selbständigen Beweisverfahrens** nach § 485 Abs. 2 ZPO in Betracht (Fortführung Senatsbeschlüsse vom 24. September 2013 - VI ZB 12/13, BGHZ 198, 237; vom 21. Januar 2003 - VI ZB 51/02, BGHZ 153, 302).

2. Behandlungsfehler

a) Fachgleiche Begutachtung/Bedeutung der ärztlichen Dokumentation

OLG Dresden, Beschluss v. 04.05.2020 - 4 U 463/20 **RID 20-03-188**

juris
BGB § 630a; ZPO §§ 404,407a

Leitsatz: 1. Ein **internistischer Sachverständiger** ist nach dem Grundsatz der **fachgleichen Begutachtung** auch insoweit zur Festlegung des Behandlungsstandards berufen, als es um die Frage geht, ob bei dem Patienten im Rahmen einer internistischen Behandlung eine **kardiale Dekompensation** übersehen wurde.
2. Einer formell und materiell ordnungsgemäßen **ärztlichen Dokumentation** ist bis zum Beweis des Gegenteils Glauben zu schenken.

b) Zurücklassen eines Fremdkörpers: Zählkontrolle und Dokumentationspflicht

OLG Dresden, Urteil v. 07.07.2020 - 4 U 352/20 **RID 20-03-189**

juris
BGB § 630a

Leitsatz: 1. Wird bei einem Patienten in zeitlich engem Zusammenhang mit einer Operation ein medizinisches **Bauchtuch im Operationsgebiet** vorgefunden, spricht der Beweis des ersten Anscheins dafür, dass dieses bei der Voroperation übersehen wurde. Es ist dann Sache des beklagten Klinikums, diesen Beweis zu widerlegen.
2. Das unbemerkte **Zurücklassen eines Fremdkörpers** ist dem vollbeherrschbaren Bereich des Klinikums zuzuordnen, wenn nicht festgestellt werden kann, dass die gebotenen organisatorisch-technischen Vorkehrungen hiergegen getroffen wurden.
3. Zu diesen Maßnahmen zählt jedenfalls auch eine **Zählkontrolle**, die zu dokumentieren ist, wobei es erforderlich ist, die einzelnen zu zählenden Gegenstände vor und nach der Operation ziffernmäßig aufzuführen und die Übereinstimmung beider Werte gesondert zu bestätigen. Mit dem Vermerk „Zählkontrolle: ja“ genügt die Arztseite ihrer **Dokumentationspflicht** nicht.

c) Behauptung eines Hygieneverstoßes/Auftreten einer Infektion

OLG Dresden, Beschluss v. 06.04.2020 - 4 U 2899/19 **RID 20-03-190**

juris

BGB §§ 630a ff.

Leitsatz: 1. An den Vortrag des Patienten, der einen **Hygieneverstoß behauptet**, sind nur maßvolle Anforderungen zu stellen. Erforderlich ist aber jedenfalls die Behauptung unterdurchschnittlicher hygienischer Zustände, die konkrete Anhaltspunkte für einen Hygieneverstoß bieten. Die Behauptung des Patienten, von einer Krankenschwester gehört zu haben, es gebe in der Einrichtung „besonders viele Keiminfektionen", reicht hierfür nicht aus.
2. Eine **Beweislastumkehr** kommt nur dann in Betragt, wenn feststeht, dass die Infektion aus einem hygienisch beherrschbaren Bereich stammt; allein das Auftreten einer Infektion stellt demgegenüber keinen Anhaltspunkt für einen haftungsbegründenden Mangel dar.

d) Implantierung einer Großkopf-Hüfttotalendoprothese

OLG Karlsruhe, Urteil v. 08.06.2020 - 14 U 171/18 **RID 20-03-191**

juris

ProdHaftG §§ 1, 3

Leitsatz: 1. Eine **Hüfttotalendoprothese**, die zu erhöhten und gesundheitlich bedenklichen **Metallabscheidungen** in der Konussteckverbindung führt, ist fehlerhaft, denn der Verkehr erwartet, dass eine Hüftprothese kein Metall – Abriebpartikel oder Metallionen – in solchen Mengen in den Körper abscheidet, dass diese gesundheitsgefährdend sein können. Etwas Anderes gilt nur, soweit solche Abscheidungen zwangsläufig hingenommen werden müssen, wie etwa ein gewisses Mindestmaß von Abrieb in der Gleitpaarung. Wenn in der Gleitpaarung nur wenig Abrieb entsteht, akzeptiert ein Patient nicht, dass stattdessen an anderer Stelle vermeidbare korrosionsbedingte Metallausscheidungen auftreten.
2. Die **Korrosion** als Ursache der Metallausscheidungen hätte weitgehend verhindert werden können, wenn der Konusadapter während der Implantation mit hoher Kraft auf den Prothesenschaft gefügt worden wäre. Eine **Operationsanleitung**, die hierfür lediglich einen „leichten Schlag" vorsieht, ist fehlerhaft (Instruktionsfehler i.S.v. § 3 ProdHaftG).
3. Ein kräftiger Schlag mit einem schweren Hammer kann ausreichen, um eine Kraft von 7 kN aufzubringen. Dieses Ergebnis ist aber nicht sicher reproduzierbar (**Konstruktionsfehler** i.S.v. § 3 ProdHaftG).
4. Soweit der **Hersteller** die **Kausalität** zwischen fehlerhaftem Produkt und Schaden mit der Behauptung verneinen will, das von ihm in Verkehr gegebene Produkt sei nachträglich durch falschen Einbau oder Reinigung negativ beeinflusst worden, trägt er die Beweislast (§ 1 Abs. 2 Nr. 2 und Abs. 4 S. 2 ProdHaftG).
5. Die **Haftung** kann nach § 1 Abs. 2 Nr. 5 ProdHaftG nur **ausgeschlossen** sein, wenn der **Hersteller beweist**, dass der Produktfehler zum Zeitpunkt der Inverkehrgabe des konkreten Produkts nach dem Stand der Wissenschaft und Technik nicht erkennbar war. Es kommt dabei nicht auf die konkrete Gefährlichkeit des einzelnen Implantats, sondern allein die Gefährlichkeit der Konstruktion des Prothesentyps an. Der Hersteller geht mit dem Inverkehrbringen ein Risiko ein, für dessen Eintritt er auch haftet, wenn er es im Einzelfall nicht vorhergesehen hat. Die unzutreffende Annahme des Herstellers, eine bekannte Gefahr beseitigt oder behoben zu haben, reicht nicht aus, um einen sog. Entwicklungsfehler im Sinne des § 1 Abs. 2 Nr. 5 ProdHaftG anzunehmen, für den der Hersteller nicht einzustehen hat.
6. Eine Ersatzpflicht des Herstellers ist nicht ausgeschlossen, weil ihm das Zeichen **„CE-Kennzeichnung"** zuerkannt worden ist. Dies besagt nicht, dass die potenzielle Gefährlichkeit des Produkts unter Zugrundelegung des im Zeitpunkt seiner Inverkehrgabe objektiv zugänglichen Gefahrenwissens nicht hätte erkannt werden können. Daher ist auch die Frage, ob alle nach dem damaligen Stand vorgesehenen Tests absolviert wurden, für die Frage der Erkennbarkeit nicht entscheidend.

e) Auftreten von Paravasaten bei der Verwendung eines Portsystems

OLG Dresden, Beschluss v. 23.04.2020 - 4 U 347/20 **RID 20-03-192**

juris
BGB §§ 630a, 630i

Leitsatz: Das Auftreten von **Paravasaten** bei der Verwendung eines **Portsystems** kann nicht in jedem Fall ausgeschlossen werden. Eine **Beweislastumkehr** nach den Grundsätzen über den vollbeherrschbaren Bereich kommt hier nicht in Betracht.

f) Beitragsminderungsschaden einer gesetzlichen Krankenkasse

KG Berlin, Beschluss v. 18.05.2020 - 20 U 53/19 **RID 20-03-193**

juris
SGB V § 224

Leitsatz: 1. Der Schaden, den eine **Krankenkasse** dadurch erleidet, dass ein Mitglied als Folge eines **ärztlichen Behandlungsfehlers** ihrer früheren Erwerbstätigkeit nicht mehr nachgehen kann, wodurch sich der Krankenkassenbeitrag verringert, ist als **mittelbarer Schaden** nicht erstattungsfähig.
2. Ein solcher **Beitrags(minderungs)schaden** des Krankenkassenmitglieds ist nicht zugunsten der Krankenkasse analog § 224 Abs. 2 SGB V (i.V.m. § 116 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB X) zu fingieren (Anschluss an OLG Karlsruhe, Urt. v. 16. November 2000 - 19 U 195/99, VersR 2001, 612).

g) Vorbringen im Berufungsverfahren über Kontraindikation

OLG Dresden, Urteil v. 02.06.2020 - 4 U 242/20 **RID 20-03-194**

juris
ZPO §§ 286, 529

Leitsatz: Der **im Berufungsverfahren erhobenen Behauptung**, das erstinstanzliche Gericht habe es unterlassen abzuklären, ob eine psychische Erkrankung des Patienten als **Kontraindikation** für die durchgeführte Behandlung (hier: tiefe Hirnstimulation bei M. Parkinson) vorgelegen habe, ist nicht nachzugehen, wenn sich weder den **Behandlungsunterlagen** noch dem Vortrag des Patienten Anhaltspunkte für eine solche Erkrankung im Behandlungszeitpunkt entnehmen lassen.

h) Eingliederung von Zahnersatz: Unterlassene Untersuchung auf CMD

OLG Köln, Urteil v. 08.04.2020 - 5 U 64/16 **RID 20-03-195**

juris
BGB § 823

Die endgültige Eingliederung der Versorgung, ohne zuvor auf **Anzeichen einer beginnenden CMD** (Craniomandibuläre Dysfunktion) zu untersuchen, obwohl solche **Anzeichen vorhanden** sind und eine derartige Untersuchung mindestens in Form eines CMD-Schnelltestes zwingend geboten ist, verstößt gegen fachzahnärztlichen Behandlungsstandard.

3. Beschäftigung eines Nichtarztes zur Heilbehandlung

OLG Köln, Urteil v. 13.05.2020 - 5 U 126/18 **RID 20-03-196**

juris = MedR 2020, 860 = GesR 2020, 451
BGB §§ 254, 280, 611, 823 I, 831

Eine **Heilbehandlung** oder eine invasive kosmetische Behandlung **ohne ärztliche Approbation** stellen sich per se als grob fehlerhaft dar.
Wegen der rechtswidrigen **Beschäftigung eines Nichtarztes**, des hierdurch geschaffenen Anscheins der Arzteigenschaft und der hierdurch begründeten Gefahren für Dritte ist er verpflichtet, wenn er von der Behandlungsabsicht des Nichtarztes Kenntnis hat, die Patientin zu warnen und eine Behandlung im Rahmen des Möglichen zu verhindern.

4. Aufklärung/Einwilligung

a) Aufklärungspflicht über die Gefahr ärztlicher Behandlungsfehler

OLG Braunschweig, Beschluss v. 23.12.2019 - 9 U 52/19 **RID 20-03-197**

juris

BGB §§ 280 I, 630a, 630e I, 823 I

Leitsatz: 1. Da der Arzt grundsätzlich verpflichtet ist, den medizinischen Behandlungsstandard nicht zu unterschreiten, muss er daneben den Patienten nicht zusätzlich therapeutisch darüber aufklären, dass es für diesen sicherer wäre, wenn der medizinische Behandlungsstandard eingehalten und nicht unterschritten wird. Vielmehr schuldet ein Arzt einen solchen **therapeutischen Sicherheitshinweis** erst dann, wenn der Patient eine ihm angebotene indizierte und dem medizinischen Stand entsprechende Behandlung ganz ablehnt oder eine wählen möchte, die hinter dem medizinischen Standard zurückbleibt.
2. Das **Unterschreiten des medizinischen Standards** ist niemals spezifisch für einen Eingriff, sondern ggf. eine schuldhafte Pflichtwidrigkeit desjenigen, der den Eingriff und/oder die Vor- und Nachbehandlung durchführt. Ein eingriffsspezifisches Risiko ist gerade nur ein solches, dass sich auch trotz ordnungsgemäßer Behandlung im Einzelfall verwirklichen kann. Die geschuldete **Einwilligungsaufklärung** erstreckt sich nur auf spezifisch dem Eingriff anhaftende Risiken und mithin nicht auf die Gefahr eines Behandlungsfehlers.
3. Unterlässt der Arzt eine gebotene Sicherungsaufklärung einfach fehlerhaft, so obliegt es dem Patienten, die Ursächlichkeit dieses Unterlassens für den eingetretenen Schaden zu **beweisen**. Denn es geht hierbei nicht um den Nachweis des hypothetisch rechtmäßigen Alternativverhaltens, sondern um die Frage, ob die Pflichtverletzung des Arztes für den Schaden ursächlich geworden ist.

b) Alternativbehandlung und Arzt der anderen Fachrichtung

OLG Dresden, Urteil v. 12.05.2020 - 4 U 1388/19 **RID 20-03-198**

juris

BGB §§ 630a, 630e; ZPO § 529

Leitsatz: 1. Im Berufungsverfahren ist es dem klagenden **Patienten** abzuverlangen, sich medizinisch fundiert, d.h. regelmäßig unter Bezug auf ein Privatgutachten, medizinische Leitlinien oder andere Stimmen aus der medizinischen Literatur mit den von ihm beanstandeten Feststellungen eines erstinstanzlichen Gerichtsgutachtens, auf die sich das erstinstanzliche Gericht gestützt hat, **auseinanderzusetzen**.
2. Klärt der Arzt auch über eine ernsthafte Alternative zu der von ihm in Aussicht genommenen Behandlung auf, ist er nicht verpflichtet, zu diesem Gespräch einen Arzt derjenigen Fachrichtung hinzuziehen, in die diese **Alternativbehandlung** fällt.

Vorgehend: OLG Dresden, Beschl. v. 04.11.2019 - 4 U 1388/19 - RID 20-02-158.

c) Patienteninformation (hier „Früherkennung des Grünen Stars <Glaukom>“)

OLG Düsseldorf, Urteil v. 19.03.2020 - 20 U 2/17 **RID 20-03-199**

juris = GesR 2020, 314

BGB §§ 305, 307 I, 309 Nr. 12, 630c II, 630e

Bei einer **Patienteninformation** (hier „Früherkennung des Grünen Stars <Glaukom>“) handelt es sich um eine **therapeutische Aufklärung** nach § 630c II BGB, wenn der Arzt dem Patienten mitteilt, welche weiteren Maßnahmen er für angezeigt erachtet. Für deren Fehlerhaftigkeit trägt der Patient von vornherein die Beweislast.

d) Koloskopie: Risiko einer iatrogenen Perforation/Aufklärungsformular

OLG Dresden, Beschluss v. 07.04.2020 - 4 U 331/20 **RID 20-03-200**
juris
BGB §§ 630a, 630i

Leitsatz: 1. Vor einer **Koloskopie** ist der Patient über das Risiko einer **iatrogenen Perforation** des Darmes bei der Untersuchung aufzuklären.
2. Für den **Nachweis** einer ordnungsgemäßen Aufklärung reicht ein **Aufklärungsformular** nicht aus, vielmehr ist grundsätzlich die Zeugenvernehmung oder Parteianhörung des aufklärenden Arztes geboten. Ist dessen Darstellung schlüssig und durch einen Aufklärungsbogen einiger Beweis für ein solches Gespräch erbracht, genügt es, wenn der Arzt seine regelmäßige Aufklärungspraxis schildert, damit ihm in der Regel geglaubt werden kann.

e) Vernehmung des aufklärenden Arztes

OLG Dresden, Urteil v. 30.06.2020 - 4 U 2883/19 **RID 20-03-201**
juris
BGB §§ 630e, 630h

Leitsatz: 1. Der Inhalt eines Aufklärungsgespräches lässt sich mit einem vom Patienten unterschriebenen **Aufklärungsbogen** nicht beweisen, für den Nachweis einer ordnungsgemäßen Aufklärung ist vielmehr regelmäßig die **Vernehmung des aufklärenden Arztes** erforderlich.
2. Ist seine Darstellung in sich schlüssig, soll dem **Arzt** allerdings in der Regel geglaubt werden, dass die Aufklärung auch im konkreten Fall in der gebotenen Weise geschehen ist.

5. Kein taggenaues Schmerzensgeld

KG Berlin, Beschluss v. 14.05.2020 - 20 U 170/19 **RID 20-03-202**
juris = ZMGR 2020, 166
BGB § 253

Der **Anspruch auf Schmerzensgeld** ist kein gewöhnlicher Schadenersatzanspruch, sondern ein Anspruch eigener Art mit einer **doppelten Funktion**: Er soll dem Geschädigten einen angemessenen Ausgleich für diejenigen Schäden bieten, die nicht vermögensrechtlicher Art sind, und zugleich dem Gedanken Rechnung tragen, dass der Schädiger dem Geschädigten Genugtuung schuldet für das, war er ihm angetan hat (BGH v. 06.07.1955 - GSZ 1/55 BGHZ 18, 149). Die mit der Verletzung verbundene Lebensbeeinträchtigung im Verhältnis zu den anderen zu berücksichtigenden Umständen steht stets an der Spitze (BGH, Urt. v. 20.01.2004 - VI ZR 70/03 - NJW 2004, 1243). Diese Prüfungspflicht steht einer schematischen Anwendung im Sinne von Gliedertaxen ebenso entgegen wie dem sog. **taggenauen Schmerzensgeld**.

6. Keine Aussetzung wegen eines gegen den Arzt geführten Ermittlungs- oder Strafverfahrens

OLG Dresden, Beschluss v. 25.06.2020 - 4 W 426/20 **RID 20-03-203**
juris
ZPO §§ 148, 149

Leitsatz: 1. Auch wenn die Aussetzung im Ermessen des Ausgangsgerichts steht, hat das Beschwerdegericht uneingeschränkt zu **prüfen**, ob ein **Aussetzungsgrund** besteht.
2. In **Arzthaftungssachen** kommt eine Aussetzung wegen eines gegen den Arzt geführten Ermittlungs- oder Strafverfahrens regelmäßig nicht in Betracht (Festhaltung an Bes. v. 15. August 2019 - 4 W 653/19).

7. Fachgebiet des medizinischen Sachverständigen

OLG Dresden, Beschluss v. 27.04.2020 - 4 U 225/20 **RID 20-03-204**

juris

BGB § 630a; ZPO § 404 I 1

Leitsatz: Bei der Auswahl eines medizinischen **Sachverständigen** ist grundsätzlich auf das **Fachgebiet** abzustellen in das der streitgegenständliche Eingriff fällt. Ob auch die Nachbehandlung zu diesem Fachgebiet zählt, ist unter Zuhilfenahme der Weiterbildungsordnungen zu entscheiden.

8. Berichtigung des Rubrums bei fehlerhafter Bezeichnung des Krankenhausträgers

LG Osnabrück, Beschluss v. 16.06.2020 - 3 O 212/20 **RID 20-03-205**

juris

ZPO § 319

Eine **Berichtigung des Rubrums** nach § 319 ZPO ist nach h.M. auch dann möglich, wenn der Kläger die andere Partei versehentlich falsch bezeichnet hat. Maßgeblich für die Abgrenzung zur Parteiänderung ist die Auslegung der vom Kläger gewählten Bezeichnung für die Beklagte (BGH BeckRS 2015, 12068 Rn. 21; NJW 2011, 1453 Rn. 12).
Ist lediglich die Angabe des eingetragenen Vereins, der nicht selbst **Träger des Krankenhauses** ist, in dem die streitbefangene Behandlung erfolgte, sondern Alleingesellschafter der gGmbH als tatsächlicher Trägerin, fehlerhaft, dann kann eine Berichtigung des Rubrums erfolgen. Denn aus dem Inhalt der Klageschrift und der Anlagen, insbesondere der Behandlungsunterlagen, wurde unzweifelhaft deutlich, dass der Rechtsträger Gegner der Klage sein sollte. Insoweit ist speziell bei einer **Arzthaftungssache**, wie sie hier vorliegt, zu berücksichtigen, dass diese generell gegen den Rechtsträger der behandelnden Einrichtung gerichtet sein wird, wovon der Empfänger auch dann ausgehen muss, wenn eine Falschbezeichnung vorliegt, selbst wenn diese auch inhaltlich auf unrichtigen Annahmen über die Trägerschaft beruht (OLG Köln, Beschl. v. 19.10.2015 - 5 W 36/15 - RID 16-04-276; OLG München, Urt. v. 12.03.2009 - 1 U 2709/07 - juris).

Anhang I: BSG - Anhängige Revisionen Vertragsarztrecht

Stand: 15.08.2020. Die Angaben „Aktenzeichen", „Termin" und „Rechtsfrage" sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 6. Senats – http://www.bundessozialgericht.de).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Honorarverteilung				
Veröffentlichung von Beschlüssen des erweiterten Bewertungsausschusses im Internet	B 6 KA 8/20 R	Erfordert die ordnungsgemäße Bekanntmachung eines Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 6 Satz 9 (seit 11.5.2019: Satz 10) SGB 5 neben der Bekanntmachung im Internet, dass zeitgleich ein Hinweis auf die Fundstelle im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wird?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 22.05.2019 - L 5 KA 2830/18 -	19-03-1 NZB
Wachstumsmöglichkeit von Ärzten mit anteiligem Versorgungsauftrag	B 6 KA 12/19 R **Termin:** 15.07.2020	Verstößt eine Regelung des Honorarverteilungsmaßstabs einer Kassenärztlichen Vereinigung (hier: im Jahr 2013) gegen höherrangiges Recht, die Ärzten mit halben Versorgungsauftrag anders als Ärzten mit vollem Versorgungsauftrag Wachstumsmöglichkeiten über den Fachgruppendurchschnitt hinaus vollständig verwehrt?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 15.01.2019 - L 4 KA 57/16 -	19-02-08
Benachteiligung von Teilzeitärzten durch Honorarobergrenze	B 6 KA 4/20 R **Termin:** 15.07.2020	Verstößt eine Regelung im Rahmen des Honorarverteilungsmaßstabes einer Kassenärztlichen Vereinigung zum Regelleistungsvolumen gegen höherrangiges Recht, wenn sie die Honorierung der mit anteiligem Versorgungsauftrag zugelassenen Ärzte im Vergleich zu Ärzten mit vollem Versorgungsauftrag einschränkt?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 01.10.2019 - L 4 KA 55/17 -	20-02-1
	B 6 KA 5/20 R **Termin:** 15.07.2020	Verstößt eine Regelung des Honorarverteilungsmaßstabs einer Kassenärztlichen Vereinigung (hier: im Jahr 2013) gegen höherrangiges Recht, die Ärzten mit anteiligem Versorgungsauftrag anders als Ärzten mit vollem Versorgungsauftrag Wachstumsmöglichkeiten über den Fachgruppendurchschnitt hinaus einschränkt?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 01.10.2019 - L 4 KA 56/17 -	20-02-2
Honorarzuschlag für Jobsharing-Praxen	B 6 KA 32/19 R	Sind Regelungen zur Honorarverteilung, die einen 10%igen Honorarzuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften und für Arztpraxen mit angestellten Ärzten (sogenannte BAG-Zuschlag) vorsehen, auch auf Job-Sharing-Praxen zu beziehen?	***LSG Bayern***, Urt. v. 16.01.2019 - L 12 KA 21/18 -	20-01-10 NZB
RLV: BAG mit Nuklearmedizinern und Radiologen	B 6 KA 30/19 R B 6 KA 31/19 R	Verstößt die Entscheidung einer Kassenärztlichen Vereinigung bei der Festsetzung des Regelleistungsvolumens für eine radiologische Berufsausübungsgemeinschaft gegen höherrangiges Recht, wenn sie für Nuklearmediziner eine eigene Facharztgruppe bildet und bei den Fachärzten für Diagnostische Radiologie darauf abstellt, ob ein CT bzw. MRT vorgehalten wird? Zur Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten oder zur Annahme eines Härtefalls bei der Festsetzung des Regelleistungsvolumens für eine radiologische Berufsausübungsgemeinschaft.	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 04.06.2019 - L 4 KA 41/16 - - L 4 KA 42/16 -	20-01-1 20-01-2
	B 6 KA 29/19 R	Verstößt die Entscheidung einer Kassenärztlichen Vereinigung bei der Festsetzung des Regelleistungsvolumens für eine radiologische Berufsausübungsgemeinschaft gegen höherrangiges Recht, wenn sie für Nuklearmediziner eine eigene Facharztgruppe bildet und bei den Fachärzten für Diagnostische Radiologie darauf abstellt, ob ein CT bzw. MRT vorgehalten wird?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 04.06.2019 - L 4 KA 12/17 -	20-01-5
QZV: Praxisbesonderheit nur bei strukturell abweichender Patientenschaft (Akupunktur)	B 6 KA 10/19 R **Termin:** 13.05.2020	Zu den Voraussetzungen für die Anerkennung einer Praxisbesonderheit im Rahmen qualifikationsgebundener Zusatzvolumen (QZV) - hier: strukturelle Besonderheiten der Patientenschaft.	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 12.12.2018 - L 3 KA 56/15 -	19-02-5
Abrechnung von Anästhesien bei	B 6 KA 28/19 R	Ist ein als Vertragsarzt niedergelassener Anästhesist berechtigt, anästhesiologische Lei-	***LSG Schleswig-Holstein***,	19-04-3

Abrechnung der MKG-Operation über KZV		stungen auch dann nach Abschnitt 31.5.3 EBM-Ä 2008 abzurechnen, wenn der grundsätzlich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene MKG-Chirurg seine Leistung nicht über die Kassenärztliche sondern über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abrechnet?	Urt. v. 18.06.2019 - L 4 KA 43/17	
Konvergenzregelung: Ungleichbehandlung/Honorarsteigerung	B 6 KA 4/19 R **Termin:** 15.07.2020	Zu den Anforderungen an die Ausgestaltung einer Härtefallregelung eines Honorarverteilungsmaßtabs (hier: Konvergenzzahlungen im Zusammenhang mit den geänderten Vergütungsregelungen für Speziallaborleistungen des Abschnitts 32.3 EBM-Ä 2008) und den rechtlichen Grundlagen hierfür.	***LSG Hamburg***, Urt. v. 18.10.2018 - L 5 KA 33/17 -	19-01-9
Konvergenzregelung (KV Schleswig-Holstein)	B 6 KA 21/18 R **Termin:** 30.10.2019	Ist die Bestimmung in einer Honorarverteilungsvereinbarung, nach der einem in Einzelpraxis niedergelassenen Vertragsarzt in der Aufbauphase kein festes Regelleistungsvolumen auf der Grundlage der Fallzahl des Vorjahresquartals, sondern lediglich eine von der aktuellen Fallzahl abhängige Obergrenze zuzuweisen ist, mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit vereinbar?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 23.01.2018 - L 4 KA 22/16 -	19-01-8 NZB

Arzt-/Psychotherapeutenregister

Zweigpraxis/Genehmigung der KV/Fachkunde/Notdienst/Disziplinarrecht

Physikalische und Rehabilitative Medizin: Sonographieleistungen	B 6 KA 19/19 R **Termin:** 15.07.2020	Ist ein Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin berechtigt, Sonographieleistungen gegenüber einer Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen?	***LSG Saarland***, Urt. v. 12.04.2019 - L 3 KA 4/16 -	19-03-16
Belegarzt: Entfernung zwischen Wohnung und Praxis	B 6 KA 6/20 R	Zur Berücksichtigung von ärztlichen Kooperationsformen bei der Bewertung der noch zulässigen Entfernung zwischen Wohnung und Praxis des Belegarztes und des Krankenhauses, um die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.	***LSG Bayern***, Urt. v. 22.01.2020 - L 12 KA 10/19 -	20-02-12
Vorbereitungsassistenten in MVZ	B 6 KA 1/19 R **Termin:** 12.02.2020	Dürfen in einem MVZ, in dem nur ein Vertragsarzt (als zahnärztlicher Leiter) und im Übrigen nur angestellte Zahnärzte tätig sind, mehr als ein Vorbereitungsassistent beschäftigt werden?	***SG Düsseldorf***, Urt. v. 05.12.2018 - S 2 KA 77/17 -	19-01-26

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Fortbildungsverpflichtung: Wechsel des Fachgebiets während des Fünfjahreszeitraums	B 6 KA 9/20 R	Wie wirkt sich ein Zulassungsverzicht, verbunden mit einer Neuzulassung im gleichen KÄV-Bezirk für ein anderes Fachgebiet, auf die Möglichkeit aus, eine unter der alten Zulassung begangene Verletzung der Fortbildungspflicht zu sanktionieren?	***LSG Bayern***, Urt. v. 16.01.2020 - L 12 KA 11/18 -	20-03-10 NZB
Ultraschalluntersuchungen bei ambulanten Operation	B 6 KA 24/18 R **Termin:** 13.05.2020	Schließt Nr 8 der Präambel zu Abschnitt 31.2.1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008) die Abrechnung der während einer ambulanten Operation am Gefäßsystem (Nr 31202 ff EBM-Ä) durchgeführten Ultraschalluntersuchungen (Nr 33072 EBM-Ä) sowie weiterer ambulanter Operationen, die innerhalb eines Zeitraums von drei Tagen bei demselben Patienten, aber in anderen Operationsbereichen vorgenommen werden, aus?	***SG Düsseldorf***, Urt. v. 27.06.2018 - S 14 KA 266/17 -	19-03-11
„Kombinationsnarkose mit Maske“ nach Nr. 31822 EBM (Katarakt-Operation)	B 6 KA 15/19 R B 6 KA 24/19 R **Termin:** 15.07.2020	Kann die Gebührenordnungsposition 31822 des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (juris: EBM-Ä 2008) in Fällen einer Vollnarkose zur Durchführung einer Retrobulbäranästhesie im Zusammenhang mit einer Kataraktoperation abgerechnet werden?	***LSG Hessen***, Urt. v. 20.02.2019 - L 4 KA 58/16 - - L 4 KA 3/16 -	19-02-16 19-03-10
Nr. 86516 der Onkologie-Vereinbarung (Zuschlag zu den Kostenpauschalen)	B 6 KA 14/19 R	Kann der Zuschlag nach Ziffer 86516 Anhang 2 der Onkologie-Vereinbarung ("Zuschlag … für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumortherapie …") abgerechnet werden, wenn Bisphosphonate intravenös und/oder intraarteriell und anschließend eine zytostatische Therapie oral appliziert wird?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 14.11.2018 - L 5 KA 4616/17 -	19-01-20 NZB

		Welche rechtlichen Maßstäbe gelten für die Auslegung von Vergütungsbestimmungen, die nicht vom Bewertungsausschuss beschlossen, sondern in einer Anlage zum Bundesmantelvertrag (hier: Onkologie-Vereinbarung) vereinbart worden sind?		
Postoperativer Bereitschaftsdienst anästhesistischer BAG u. unvorhergesehene Inanspruchnahme	B 6 KA 13/19 R **Termin:** 15.07.2020	Ist die Gebührenordnungsposition 01100 EBM-Ä 2008 (unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten) abrechenbar, wenn der Patient das vom Vertragsarzt vorgehaltene Angebot einer Inanspruchnahme während eines Bereitschaftsdienstes annimmt?	***LSG Bayern***, Urt. v. 31.10.2018 - L 12 KA 93/17 -	19-02-15
Grenzen einer Notfall-Erstversorgung: Einzelfallprüfung/Nachholung des Vortrags	B 6 KA 6/19 R **Termin:** 13.05.2020	Unterliegt die Ermittlung der ordnungsgemäßen Leistungsabrechnung im Verwaltungsverfahren der quartalsgleichen sachlich-rechnerischen Berichtigung einer Stufung von Mitwirkungspflichten des Leistungserbringers einerseits und der Amtsermittlungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung andererseits und genügt eine Kassenärztliche Vereinigung dem Untersuchungsgrundsatz nicht, wenn sie bei einer Rechnungslegung durch das abrechnende Krankenhaus, die den Abrechnungsrichtlinien entspricht, bei Notfallbehandlungen die Vergütung von Laborleistungen regelwerkstechnisch absetzt, ohne im Einzelfall zu ermitteln?	***LSG Hessen***, Urt. v. 19.12.2018 - L 4 KA 20/15 -	19-01-13
Sprechstundenbedarf: Sachlich-rechnerische Richtigstellung durch KV	B 6 KA 23/18 R **Termin:** 11.12.2019	Sind gesamtvertragliche Regelungen wirksam, die die Zuständigkeit für die Richtigstellung der Verordnung von Sprechstundenbedarf der Kassenärztlichen Vereinigung übertragen oder besteht eine ausschließliche Zuständigkeit der Prüfgremien?	***LSG Baden-Württemberg,*** Urt. v. 18.04.2018 - L 5 KA 792/16 -	18-02-25 NZB
Wirtschaftlichkeitsprüfung/Regress				
Nichtbeachtung von Therapiehinweisen (Forsteo/Wirkstoff Teriparatid)	B 6 KA 23/19 R **Termin:** 11.09.2019	Darf wegen Nichtbeachtung von Therapiehinweisen (hier: zum Wirkstoff Teriparatid) ein Arzneikostenregress nach Einzelfallprüfung festgesetzt werden, wenn für denselben Zeitraum die Arzneimittelverordnungen auch im Rahmen einer Richtgrößenprüfung auf Wirtschaftlichkeit überprüft werden?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 20.02.2018 - L 4 KA 11/15 -	18-03-62 NZB
Doppelte Regressfestsetzung	B 6 KA 15/18 R **Termin:** 11.09.2019	Dürfen Arzneikostenregresse wegen unzulässigen Verordnungen und solche wegen Überschreitung der Richtgrößen für denselben Zeitraum kombiniert werden?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 20.02.2018 - L 4 KA 8/15 -	18-04-15
Berücksichtigung von Zweitmeinungsverfahren	B 6 KA 21/19 R B 6 KA 22/19 R **Termin:** 11.09.2019	Müssen die Prüfgremien bei der Einzelfallprüfung von Verordnungen kostenintensiver Arzneimittel (hier: Wirkstoffe Adalimumab, Etanercept beziehungsweise Infliximab) ein positives Votum hinsichtlich einzelner Patienten im Rahmen eines nach der Prüfvereinbarung vorgesehenen, aber erst für spätere Zeiträume durchgeführten Zweitmeinungsverfahrens bei ihrer Entscheidungsfindung berücksichtigen?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 20.02.2019 - L 4 KA 10/15 - - L 4 KA 13/15 -	19-03-20 19-03-21
BAG mit MKG-Chirurgen	B 6 KA 2/19 R B 6 KA 3/19 R **Termin:** 13.05.2020	Zur Bildung der Vergleichsgruppe bei der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft von Zahnärzten sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen.	***SG Marburg***, Urt. v. 05.12.2018 - S 12 KA 127/18 - - S 12 KA 201/18 -	19-01-43 19-01-44
BAG mit MKG-Chirurgen/Wahlfeststellung	B 6 KA 25/19 R **Termin:** 13.05.2020	Zur Bildung der Vergleichsgruppe bei der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung einer fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft von Zahnärzten sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen. Zur Zulässigkeit einer sogenannten Wahlfeststellung in Fällen in denen neben einer Unwirtschaftlichkeit (Wirtschaftlichkeitsprüfung) auch eine Unrichtigkeit der Honorarabrechnung (sachlich-rechnerische Richtigstellung) in Betracht kommt.	***SG Marburg***, Urt. v. 05.06.2019 - S 12 KA 387/18 WA	19-03-28
Formunwirksamkeit eines vor Beschwerdeausschuss protokollierten Vergleichs	B 6 KA 7/20 R	Ist ein im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung von dem Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses in dessen Sitzung protokollierter Vergleich formunwirksam nach § 58 Absatz 1 SGB X in Verbindung mit § 125 BGB?	***LSG Hessen***, Urt. v. 12.02.2020 - L 4 KA 11/17 -	20-02-18
Rechtskraftwirkung eines	B 6 KA 1/20 R	Zur Rechtskraftwirkung eines Urteils, mit dem ein Regressbescheid des	***LSG Berlin-Brandenburg***,	20-01-27

Urteils/Klagefrist		Beschwerdeausschusses aufgehoben worden ist, wenn in der Begründung des Urteils zum Ausdruck gebracht worden ist, dass das Gericht den vom Kläger erhobenen Einwänden nur zum Teil folgt. Wann läuft die Frist zur Erhebung einer Klage ab, wenn die Behörde den Kläger unrichtig dahin belehrt hat, dass der Bescheid nach § 96 SGG Gegenstand eines anhängigen Klageverfahrens geworden sei?	Urt. v. 13.11.2019 - L 7 KA 40/17 -	

Zulassung und Ermächtigung

Bedarfsplanung für Pathologen	B 6 KA 3/20 R	Verstoßen die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 6.9.2012 und 20.12.2012 insoweit gegen höherrangiges Recht, als sie auch für Pathologen eine Bedarfsplanung vorsehen?	***SG Magdeburg***, Urt. v. 18.12.2019 - S 1 KA 10/15 -	20-03-29
Auswahlentscheidung: Räumliche Verteilung/Geräteausstattung	B 6 KA 11/19 R **Termin:** 13.05.2020	Ist in einem Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen im Rahmen einer Auswahlentscheidung neben einem Antrag auf Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung auch der Antrag einer Berufsausübungsgemeinschaft auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes zu berücksichtigen? Ist bei Berücksichtigung des Antrags einer Berufsausübungsgemeinschaft auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes hinsichtlich der Auswahlkriterien auf die Ärzte der Berufsausübungsgemeinschaft oder die Person des anzustellenden Arztes abzustellen?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 12.06.2018 - L 4 KA 46/17 -	19-02-34 NZB
Nachfolgebesetzung: Beschränkung einer Sonderbedarfszulassung	B 6 KA 27/19 R	Gilt die Beschränkung einer Sonderbedarfszulassung auf den Ausnahmetatbestand „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen“ bei einer Nachfolgebesetzung fort?	***LSG Bayern***, Urt. v. 26.06.2019 - L 12 KA 22/18 -	19-04-28
Nachbesetzungsverfahren	B 6 KA 20/18 R **Termin:** 12.02.2020	Kann ein Vertragsarzt die Verletzung subjektiver Rechte geltend machen, wenn während eines Nachbesetzungsverfahrens gemäß § 103 Abs 4 SGB V die (Mit-)Bewerber die Genehmigung zur Verlegung eines Vertragsarztsitzes an den Vertragsarztsitz des Praxisabgebers und die Genehmigung zur überörtlichen gemeinsamen Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit vor der eigentlichen Nachfolgeentscheidung erhalten?	***SG Gelsenkirchen***, Urt. v. 20.04.2018 - S 16 KA 8/17 -	19-01-48
Rücknahme des Antrags auf Nachbesetzung	B 6 KA 19/18 R **Termin:** 12.02.2020	Hat die Rücknahme des Antrags eines Arztes auf Nachbesetzung seines Vertragsarztsitzes zur Folge, dass die gegen die Auswahlentscheidung des Berufungsausschusses gerichtete Klage eines Konkurrenten schon aus diesem Grunde erfolglos ist?	***SG Gelsenkirchen***, Urt. v. 20.04.2018 - S 16 KA 7/17 -	19-01-49
Nachbesetzungsverfahren bei Zulassungsentziehung wegen Nichtausübung	B 6 KA 14/18 R **Termin:** 30.10.2019	Kann nach Entziehung der Zulassung eines Vertragsarztes im Umfang eines halben Versorgungsauftrags wegen Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ein Nachbesetzungsverfahren durchgeführt werden?	***SG Berlin***, Urt. v. 13.06.2018 - S 83 KA 997/16 -	18-03-45
Sonderbedarfszulassung: Zumutbare Wege/Anliegender Planungsbereich	B 6 KA 2/20 R	Kann für die Frage, ob im Rahmen einer spezialfachärztlichen Versorgung (hier: Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie) ein besonderer Versorgungsbedarf besteht, auf zumutbare Weise über 25 km und die Versorgung durch Ärzte in anliegenden Planungsbereichen bzw Raumordnungsregionen abgestellt werden?	***SG Marburg***, Urt. v. 15.01.2020 - S 12 KA 230/18 -	20-01-32
Verlegung einer genehmigten Anstellung in anderes MVZ unterschiedlicher Rechtsträger	B 6 KA 16/19 R B 6 KA 17/19 R B 6 KA 18/19 R **Termin:** 30.09.2020	Kann die Anstellungsgenehmigung für einen Arzt in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) zu einem MVZ, das von einer anderen juristischen Person des Privatrechts betrieben wird, verlegt werden?	***SG Hamburg***, Urt. v. 17.04.2019 - S 27 KA 81/18 - - S 27 KA 82/18 - - S 27 KA 83/18 -	19-03-35 19-03-37 19-03-36
Herausgabe einer Bürgschaftsurkunde nach	B 6 KA 2/18 R **Termin:** 11.09.2019	Kann der Gesellschafter einer GmbH, die ein medizinisches Versorgungszentrum betreibt, nach seinem Ausscheiden aus der Gesellschaft im Rahmen eines	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 08.11.2017	18-01-36

Gesellschafterwechsel		Gesellschafterwechsels die Rückgabe einer von ihm dem Zulassungsausschuss vorgelegten Bürgschaftsurkunde verlangen und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen?	- L 3 KA 109/15 -	
Gesamtvergütung/Integrierte Versorgung/Aufsicht/GBA/KV/ Pädiatrische Spezialambulanz/Hausarztzentrierte Versorgung				
Abschläge nach § 95d SGB V: Auslegung des Begriffs „Honorarberichtigungen“ in Vergütungsvb.	B 6 KA 5/19 R **Termin:** 30.09.2020	Steht dem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Krankenkasse gegen die Kassenzahnärztliche Vereinigung auf Rückzahlung von Gesamtvergütungsanteilen aufgrund von Honorarkürzungen gegenüber Vertragszahnärzten wegen Verletzung der Fortbildungspflicht die Regelung in einer Vergütungsvereinbarung entgegen, nach der die zu zahlende Gesamtvergütung zur Berücksichtigung von Honorarberichtigungen um einen pauschalen Prozentsatz gemindert wird?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 10.10.2018 - L 11 KA 6/18 -	19-01-64
Genehmigungsvorbehalte für humangen. Leistungen im EBM	B 6 A 1/19 R	Ist der Bewertungsausschuss befugt, im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die Abrechenbarkeit humangenetischer Leistungen von einer vorherigen Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse abhängig zu machen?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 10.04.2019 - L 7 KA 35/16 KL -	19-03-43
GBA: Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	B 6 KA 17/18 R **Termin:** 11.09.2019	Ist der Hersteller eines diagnostischen Tests von der Weigerung des GBA, eine positive Empfehlung für diesen Test als Untersuchungsmethode im Sinne des § 135 Absatz 1 SGB V abzugeben, in eigenen Rechten betroffen? Welche Anforderungen sind an den Nachweis des Nutzens im Sinne des § 135 Absatz 1 Satz 1 SGB V zu stellen? Welche Anforderungen sind an die Feststellung eines Erprobungspotentials im Sinne des § 137e SGB V zu stellen?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 27.06.2018 - L 7 KA 46/14 KL -	18-03-56
Hausarztzentrierte Versorgung: Pflicht zur Selbsterbringung des Allgemeinlabors	B 6 KA 25/18 R **Termin:** 12.02.2020	Stellt die in einem (Selektiv-)Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) festgelegte Pflicht der an der HzV teilnehmenden (Haus-)Ärzte, Leistungen des Allgemeinlabors (Abschnitt 32.2 EBM-Ä 2008) bei nach Qualifikation/Ausstattung möglicher Selbsterbringung selbst vorzunehmen, einen Eingriff in (Zulassungs-)Statusrechte bzw in die Berufsausübungsfreiheit der nur auf Überweisung zur vertragsärztlichen Leistungserbringung befugten Laborärzte dar?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 14.11.2018 - L 5 KA 3686/16 -	19-01-66
Vertrag nach § 140a SGB V	B 6 A 1/20 R (Vormals: B 1 A 4/19 R)	Darf in einem Vertrag nach § 140a SGB V vereinbart werden, dass die teilnehmenden Leistungserbringer Operationen ambulant erbringen und abrechnen dürfen, auch wenn diese weder im Leistungskatalog des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen noch im AOP-Katalog enthalten sind? Darf in einem Vertrag nach § 140a SGB V vereinbart werden, dass häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe gemäß der Verträge nach den §§ 132, 132a SGB V zu Lasten der Krankenkasse im Anschluss an die im Vertrag definierten Leistungen (operative Eingriffe) ausgeschlossen und mit der Vergütung der Komplexpauschale abgegolten sind? 2. Vertrag zur integrierten Versorgung: Unzulässige Erweiterung der ambulanten Operationen	***LSG Hessen***, Urt. v. 18.07.2019 - L 1 KR 644/18 KL -	20-01-128
Erweiterte Honorarverteilung (EHV) der KV Hessen				
Kostenanteile/Beitragsklassen (Quartale III/12-II/13)	B 6 KA 12/18 R B 6 KA 16/18 R B 6 KA 7/19 R B 6 KA 9/19 R **Termin:** 11.12.2019	Verstößt die Regelung des § 3 Absatz 1 Satz 1 EHV (juris: ErwHVGrs HE) gegen Artikel 12 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 3 Absatz 1 GG soweit sie bezogen auf die Festsetzung des Beitrags keine Abzüge für Sach- und Praxiskostenanteile vorsieht?	***LSG Hessen***, Urt. v. 11.04.2018 - L 4 KA 2/15 -, - L 4 KA 11/15 - v. 30.01.2019 - L 4 KA 86/14 - v. 27.02.2019 - L 4 KA 5/15 -	18-03-61 18-03-62 19-02-48 19-02-49

Sonstiges/Verfahrensrecht

Anhang II: BSG - Anhängige Revisionen Krankenversicherung

Stand: 15.08.2020. Die Angaben „Aktenzeichen“, „Termin“ und „Rechtsfrage“ sowie über die Vorinstanz (Gericht und Aktenzeichen) beruhen auf der Veröffentlichung des BSG (Anhängige Rechtsfragen des 1. bzw. 3. Senats – http://www.bundessozialgericht.de).

Sachgebiet	Aktenzeichen:	Rechtsfrage	Vorinstanz	RID
Ärztliche Behandlung				
Fußhebersystem zur Sicherung des Erfolges einer Krankenbehandlung/Neue Behandlungsmethode	B 3 KR 12/19 R	Wie ist bei Hilfsmitteln, die mehreren Versorgungszielen im Sinne des § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V dienen, das vorrangige Versorgungsziel im Hinblick auf § 13 Absatz 3a Satz 9 SGB V zu ermitteln? Dient ein elektronisches Fußhebersystem bei neurologisch bedingter Fußheberschwäche (vorrangig) dem Versorgungsziel der Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung (§ 33 Absatz 1 Satz 1 Variante 1 SGB V), steht es dann in einem untrennbaren Zusammenhang mit einer neuen Behandlungsmethode im Sinne des § 135 SGB V?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 08.11.2018 - L 5 KR 21/18 -	19-01-98 NZB
Nichtärztliche Elektroepilation nach geschlechtsangleichender Behandlung	B 1 KR4/20 R B 1 KR 6/20 R B 1 KR 19/20 R	Ist eine Krankenkasse verpflichtet, nach einer geschlechtsangleichenden Behandlung bei Transsexualität die Kosten für eine Elektroepilation der grauen und weißen Barthaare durch eine Kosmetikerin/Elektrologistin zu übernehmen, wenn die begehrte Leistung durch einen Vertragsarzt nicht erbracht wird?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 17.03.2020 - L 16 KR 462/19 - Urt. v. 17.03.2019 - L 16 KR 552/18 - ***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 10.10.2019 - L 1 KR 397/18 -	20-02-54 20-03-56 NZB 20-03-57 NZB
Kostenerstattung				
Genehmigungsfiktion: Leistung vor Fristablauf	B 1 KR 3/20 R	Ist ein Anspruch auf Kostenerstattung für eine in einer privatärztlichen Gemeinschaftspraxis vorgenommenen Liposuktion im Rahmen der Genehmigungsfiktion ausgeschlossen, wenn sich eine Versicherte diese Leistung nicht erst nach Ablauf der Frist beschafft hat, nach der die Fiktion eingetreten ist?	***LSG Sachsen-Anhalt***, Urt. v. 20.02.2020 - L 6 KR 12/18 -	20-03-73
Nicht zugelassene Psychotherapeuten: Fehlende Erforderlichkeit?	B 1 KR 22/20 R	Liegen hinreichend bestimmte Anträge als Grundlage für Genehmigungsfiktionen vor, wenn eine Versicherte am selben Tag mit vier verschiedenen Schreiben verhaltenstherapeutische Leistungen durch vier verschiedene, namentlich genannte Nicht-Vertragspsychotherapeuten beantragt? Liegt eine den Kostenerstattungsanspruch ausschließende zumindest grob fahrlässige Unkenntnis vor, wenn eine Versicherte die Erbringung von Leistungen durch nicht Nicht-Vertragspsychotherapeuten beantragt und sie bereits früher darauf hingewiesen wurde, dass die Krankenkasse nur vertragspsychotherapeutische Leistungen genehmigen werde?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 17.09.2019 - L 16 KR 240/19 -	20-03-74
Genehmigungsfiktion: Behandlung in Privatklinik	B 1 KR 5/20 R Erledigt durch	Zum Anspruch nach § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V bezüglich eines Antrags auf Kostenübernahme einer operativen Geschlechtsanpassung, die von vornherein nur in	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 27.02.2020	20-02-67

	Rücknahme	einer speziellen Privatklinik erfolgen soll.	- L 1 KR 308/18 -	
Genehmigungsfiktion: Kostenerstattungsanspruch für Behandlung im EU-Ausland	B 1 KR 21/19 R Termin: 26.05.2020	Findet die Regelung der Genehmigungsfiktion nach § 13 Absatz 3a SGB V Anwendung auf Ansprüche, die unmittelbar auf eine Geldleistung gerichtet sind und gilt dies auch für Kostenerstattungsansprüche nach § 13 Absatz 4 SGB V bei denen von vornherein eine ärztliche Behandlung im EU-Ausland beantragt wird?	***LSG Bayern***, Urt. v. 14.03.2019 - L 4 KR 558/17 -	19-03-85
Genehmigungsfiktion: Arzneimittel im Rahmen eines Off-Label-Use	B 1 KR 9/18 R **Termin:** 26.05.2020	Begründet eine mit Ablauf der Frist eingetretene Genehmigungsfiktion einen Naturalleistungsanspruch des Versicherten auf die Versorgung mit einem Arzneimittel im Rahmen des Off-label-use?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 15.02.2018 - L 5 KR 218/17 -	18-02-97
Fingierte Genehmigung und Kassenwechsel	B 1 KR 14/20 R	Erledigt sich eine Genehmigungsfiktion dadurch, dass eine Versicherte, ohne zuvor sich die Leistung selbst beschafft zu haben, zu einer anderen Krankenkasse wechselt?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 11.12.2018 - L 11 KR 1276/18	19-01-106 NZB
Fingierte Genehmigung: Frist/Zurücknahme	B 3 KR 11/20 R	Kann eine fingierte Genehmigung nach § 13 Absatz 3a SGB V durch § 45 SGB X zurückgenommen werden? Gilt die 5-Wochen-Frist von § 13 Absatz 3a Satz 1 letzter Halbsatz SGB V, wenn die gutachterliche Stellungnahme unterblieben ist?	***LSG Saarland***, Urt. v. 23.07.2019 - -	20-03-75 NZB
Genehmigungsfiktion: Zurücknahme	B 3 KR 13/19 R **Termin:** 18.06.2020	Unter welchen Voraussetzungen kann eine fiktive Genehmigung nach § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V zurückgenommen werden?	***LSG Saarland***, Urt. v. 25.09.2019 - L 2 KR 49/18 -	20-01-76
Genehmigungsfiktion: Zurücknahme	B 3 KR 14/18 R **Termin:** 18.06.2020	Unter welchen Voraussetzungen kann eine fiktive Genehmigung nach § 13 Absatz 3a Satz 6 SGB V zurückgenommen werden?	***SG Düsseldorf***, Urt. v. 28.06.2018 - S 8 KN 1459/17 KR -	18-04-44
Zurücknahme einer fiktiven Genehmigung	B 3 KR 6/19 R **Termin:** 18.06.2020	Finden die Regelungen der §§ 44 SGB X auf die fingierte Genehmigung eines Hilfsmittels (hier: Kompressionstherapiegerät) Anwendung?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 14.02.2019 - L 5 KR 163/16 -	19-03-86
Stationäre Behandlung				
Auslandskrankenbehandlung				
Arzneimittel				
Allogene Stammzelltherapie im Off-Label-Use bei Mantelzelllymphom	B 1 KR 20/19 R **Termin:** 19.03.2020 omV	Ist eine nach einem relativ groben Untersuchungsmaßstab rezidivfreie Krebserkrankung (Mantelzelllymphom) bei der aufgrund "schlummernder" Krebszellen die große Wahrscheinlichkeit besteht, dass diese in ein Rezidiv in Form eines sich dann schnell entwickelten, unumkehrbaren und im Ergebnis tödlichen Prozesses umschlägt, wertungsmäßig mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung vergleichbar?	***LSG Hamburg***, Urt. v. 28.03.2019 - L 1 KR 125/17 -	19-03-122
Hilfsmittel/Heilmittel				
Exoskelett	B 3 KR 10/20 R	Dient ein Exoskelett, das als orthopädisches Hilfsmittel die Funktion der Beine ersetzt und ein selbstständiges Gehen und Stehen ermöglicht, dem unmittelbaren Behinderungsausgleich?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 27.02.2020 - L 5 KR 675/19 -	20-02-76
Therapiedreirad-Tandem	B 3 KR 7/19 R **Termin:** 07.05.2020	Unter welchen Voraussetzungen ist ein Therapiedreirad nach § 33 Absatz 1 Satz 1 SGB V insbesondere nach dessen zweiter Variante: "Zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung" zu gewähren?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 23.04.2018 - L 4 KR 148/17 -	19-03-107 NZB
Uhr mit Alarmfunktion	B 3 KR 15/19 R **Termin:** 10.09.2020	Sind die Kosten einer GPS-Uhr mit Alarmfunktion von der gesetzlichen Krankenversicherung bei einem geistig behinderten Heranwachsenden mit Weglauftendenz und Orientierungslosigkeit im Rahmen der Hilfsmittelversorgung zu übernehmen?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 17.09.2019 - L 16 KR 182/18 -	19-04-65
Häusliche Krankenpflege/Haushaltshilfe				
Häusliche Krankenpflege in	B 3 KR 14/19 R	Hat eine Versicherte Anspruch auf häusliche Krankenpflege zum Verabreichen von	***LSG Bayern***, Urt. v. 20.08.2019	20-01-90

ambulanter Wohngruppe		Medikamenten, wenn sie in einer ambulanten Wohngruppe betreut wird?	- L 5 KR 403/19 -	
	B 3 KR 1/20 R	Hat eine Versicherte Anspruch auf häusliche Krankenpflege (hier: Verabreichen von Medikamenten, Blutzuckermessung sowie An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen), wenn sie in einer ambulanten Wohngruppe betreut wird?	***LSG Bayern***, Urt. v. 20.08.2019 - L 5 KR 402/19 -	20-01-91
	B 3 KR 2/20 R	Hat eine Versicherte Anspruch auf häusliche Krankenpflege (hier: Verabreichen von Medikamenten und Blutzuckermessung), wenn sie in einer ambulanten Wohngruppe betreut wird?	***LSG Bayern***, Urt. v. 13.02.2020 - L 5 KR 404/19 -	20-02-82

Fahrkosten

Zuzahlung

Rehabilitationsmaßnahmen

Krankenhauskosten

Neue Behandlungsmethode: Transvaskuläre Aortenklappen-Implantation (TAVI)	B 1 KR 18/20 R	Hat eine Krankenkasse die Kosten einer kathetergestützten transvaskulären Aortenklappen-Implantation (TAVI), die 2013 in einem Krankenhaus ohne Herzchirurgie durchgeführt wurde, zu übernehmen?	***LSG Hessen***, Urt. v. 30.04.2020 - L 8 KR 511/16 -	20-03-106
Mindestmenge: Widerlegung einer Prognose eines Krankenhauses	B 1 KR 16/20 R	Welche Klageart ist gegen die Widerlegung der Prognose eines Krankenhauses für die Berechtigung zur Erbringung mindestmengenbelegter Leistungen statthaft? Welche Anforderungen sind an den Vortrag weiterer Umstände zur Begründung der berechtigten mengenmäßigen Erwartung und im Gegenzug, welche Anforderungen an die begründeten erheblichen Zweifel an der Richtigkeit einer vom Krankenhausträger übermittelten Prognose für die Berechtigung zur Erbringung mindestmengenbelegter Leistungen zu stellen?	***SG Berlin***, Urt. v. 05.03.2020 - S 56 KR 2033/19 -	20-03-105
Fallzusammenführung: Verschiedene Hauptdiagnosegruppen	B 1 KR 10/20 R	Steht ein zwischenzeitlicher anderweitiger Krankenhausaufenthalt der Zusammenführung der Falldaten zweier Krankenhausaufenthalte nach § 2 Absatz 2 der Fallpauschalenvereinbarung 2015 entgegen?	***LSG Bayern***, Urt. v. 19.03.2019 - L 20 KR 148/18 -	19-02-108 NZB
Fallzusammenführung: Unvorhersehbare weitere Erkrankung	B 1 KR 9/20 R	Setzt die Beurlaubung eines Versicherten von einer stationären Behandlung die Initiative des Versicherten hierzu voraus?	***LSG Bayern***, Urt. v. 29.01.2019 - L 5 KR 631/17 -	20-03-128 NZB
Fallzusammenführung mit drittem Krankenhausaufenthalt	B 1 KR 22/19 R **Termin:** 16.07.2020	Steht ein zwischenzeitlicher anderweitiger Krankenhausaufenthalt der Zusammenführung der Falldaten zweier Krankenhausaufenthalte nach § 2 Absatz 2 der Fallpauschalenvereinbarung 2015 entgegen?	***LSG Baden-Württemberg***, Urt. v. 23.07.2019 - L 11 KR 4533/18 -	19-04-94
Fallzusammenführung: Verlegung	B 1 KR 8/20 R	Setzt eine Verlegung neben dem Zeitmoment (innerhalb von 24 Stunden) voraus, dass der Patient weiter krankenhausbehandlungsbedürftig ist?	***LSG Schleswig-Holstein***, Urt. v. 23.08.2018 - L 5 KR 88/15 -	19-03-128 NZB
Stationäre Notfallbehandlung vor Verlegung	B 1 KR 11/20 R	Liegt eine stationäre Notfallbehandlung des erstaufnehmenden Krankenhauses vor, wenn eine Versicherte bei subduralem Hämatom, Vigilanzminderung und fehlenden Schutzreflexen in diesem Krankenhaus untersucht (klinisch, Labor, CT), in dessen Schockraum mittels Tubus insgesamt eine Stunde beatmet, anschließend in die neurochirurgische Abteilung eines anderen Krankenhauses verlegt und dort noch am selben Tag operiert wird?	***LSG Saarland***, Urt. v. 23.07.2019 - L 2 KR 2/18 -	20-03- NZB
Verlegung ohne aktives Tun des Krankenhauses	B 1 KR 12/20 R	Liegt eine Verlegung (§ 3 Absatz 1 Satz 1, § 1 Absatz 1 Satz 4 FPV 2013) vor, wenn ein Krankenhaus eine(n) Versicherte(n) in die hausärztliche Betreuung entlässt und diese(r) ohne Mitwirkung und Kenntnis des entlassenden Krankenhauses binnen 24 Stunden in einem anderen Krankenhaus mit einer anderen Diagnose stationär aufgenommen wird?	***LSG Bayern***, Urt. v. 11.04.2019 - L 4 KR 215/17 -	19-03-129

Spontanatmungsstunden in der Periode der Entwöhnung	B 1 KR 13/20 R	Können Spontanatmungsstunden in der Periode der Entwöhnung nach den bis zum 31.12.2019 maßgeblichen Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) auch dann als Beatmungsstunden abgerechnet werden, wenn der Patient bei seiner Entlassung weiter ganz oder teilweise auf künstliche Beatmung angewiesen bleibt?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 07.02.2019 - L 5 KR 260/17 -	20-03-144 NZB
Berechnung der Beatmungsstunden	B 1 KR 26/20 R	Setzt die Abrechnung von Spontanatmungsstunden als Beatmungsstunden in Form einer Entwöhnung nach Nummer 1001l der Deutschen Kodierrichtlinien 2013 eine vorherige Gewährung des Patienten an den Respirator voraus?	***LSG Bayern***, Urt. v. 26.05.2020 - L 5 KR 273/17 -	20-03-143
Ist suprapubischer Verweilkatheter Implantat?	B 1 KR 26/18 R Termin: 26.05.2020 omV	Ist ein suprapubischer Blasenkatheter eine Prothese, Implantat oder Transplantat im Sinne von ICD-10-GM (2009) T83.5?	***LSG Sachsen***, Urt. v. 27.10.2017 - L 1 KR 252/13 -	18-01-119 NZB
Prozedur „Multimodale Schmerztherapie“	B 1 KR 25/19 R	Darf ein Krankenhaus die Prozedur "Multimodale Schmerztherapie" (Nr 8-918 OPS 2014) nur kodieren, wenn die Behandlung unter Einbeziehung eines Facharztes für Psychiatrie, Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder eines Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt wurde oder genügt die Einbeziehung eines Psychologen mit der Erlaubnis der Heilkunde auf dem Gebiet der Psychotherapie nach § 1 Absatz 1 des Heilpraktikergesetzes (HeilprG)?	***LSG Sachsen***, Urt. v. 10.04.2019 - L 1 KR 170/16 -	
Kodierung einer Nebendiagnose	B 1 KR 16/19 R **Termin:** 16.07.2020	Setzt die Kodierung einer Nebendiagnose (hier: ICD-10 T81.4 neben der Hauptdiagnose ICD-10 M00.86) nach den DKR 2011 eine Begleiterkrankung voraus, die einen weiteren therapeutischen oder sonstigen relevanten Versorgungsaufwand erfordert?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 24.01.2019 - L 5 KR 213/18 -	19-03-132
Vorlagefrist für Krankenhausunterlagen: Materiell-rechtliche Ausschlussfrist?	B 1 KR 24/20 R	Beinhaltet die Regelung des § 7 Absatz 2 Satz 3 und 4 der Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfvV vom 18.7.2014 (juris: PrüfvVbg) der Sache nach eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist und ist die Vereinbarung einer solchen Ausschlussfrist von der Ermächtigungsgrundlage des § 17c Absatz 2 KHG gedeckt?	***LSG Hessen***, Urt. v. 28.05.2020 - L 8 KR 221/18 -	20-03-125
Landesvertragliches Aufrechnungsverbot	B 1 KR 17/20 R	Ermächtigt § 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b SGB V die Vertragsparteien auf Bundesebene (§ 112 Absatz 1 SGB V) dazu, außerhalb des Anwendungsbereichs des § 109 Absatz 6 SGB V die Aufrechnungsbefugnis der Krankenkassen zugunsten der Krankenhausträger zu begrenzen?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Beschl. v. 08.04.2019 - L 10 KR 723/17 -	20-03-120 NZB
Verjährung nach Zahlung unter Vorbehalt und Verrechnung	B 1 KR 23/20 R	Ist in einem Fall, in welchem nach vorläufiger Zahlung einer Forderung für eine Krankenhausbehandlung durch die Krankenkasse nach Aufrechnung um einen Vergütungsanspruch in einem späteren Fall gestritten wird, für die Verjährung auf den späteren, unstreitigen Vergütungsanspruch des Krankenhauses abzustellen?	***LSG Niedersachsen-Bremen***, Urt. v. 26.11.2019 - L 4 KR 25/16 -	20-03-118 NZB
Erstattung bereits geleisteter Aufwandspauschalen	B 1 KR 15/19 R **Termin:** 16.07.2020 B 1 KR 23/19 R B 1 KR 24/19 R Erledigt durch Rücknahme	Hat ein Krankenhaus Aufwandspauschalen für vor dem 1.7.2014 abgeschlossene Behandlungsfälle der Krankenkasse zu erstatten, wenn die MDK-gestützte Prüfung der Krankenkasse die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Krankenhausabrechnungen betraf?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 13.12.2018 - L 5 KR 738/16 - ***LSG Bayern***, Urt. v. 28.03.2019 - L 4 KR 6/18 - - L 4 KR 8/18 -	19-02-125 19-04-108 19-04-107

Ambulante Versorgung

Kosten des Sprechstundenbedarfes: Einstrahlende Krankenkasse	B 1 KR 26/19 R (alt: B 3 KR 16/19 R)	Ist eine als Landesverband gemäß § 207 Absatz 4 SGB V handelnde Krankenkasse befugt, in einem Gesamtvertrag die Kostenbeteiligung der einstrahlenden Krankenkassen an den ihr als Landesverband auferlegten Kosten des	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urteil v. 30.08.2019 - L 9 KR 344/16 -	20-01-124

		Sprechstundenbedarfes zu regeln?		
Weitere Leistungserbringer/Arzneimittelhersteller				
Schiedsstelle: Jahrestherapiekosten der Vergleichstherapie (Nutzenbewertung Dimethylfumarat)	B 3 KR 3/20 R	Ist es der Schiedsstelle nach § 130b Abs 5 SGB V verwehrt, die Jahrestherapiekosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie abweichend von der Angabe im Nutzenbewertungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses anzusetzen, wenn diese Jahrestherapiekosten sich in der Zeit nach dem Nutzenbewertungsbeschluss durch Hinzutreten weiterer Arzneimittel mit demselben Wirkstoff geändert haben und die Jahrestherapiekosten des neu hinzugetretenen Arzneimittels zwischen den Beteiligten unstreitig sind?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 27.01.2020 - L 9 KR 82/19 KL -	20-02-112
Hörgeräteakustiker: Versorgungsanzeige	B 3 KR 8/19 R	Hat ein Hörgeräteakustiker gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Vergütung für die Versorgung eines Versicherten mit Hörgeräten, wenn die nach den vertraglichen Regelungen des einschlägigen auf Grundlage von § 127 SGB V geschlossenen Versorgungsvertrags erforderliche Versorgungsanzeige vor Beginn des Anpassungsprozesses unterblieben ist?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 27.06.2019 - L 4 KR 55/18 -	19-04-110
	B 3 KR 8/20 R	Zum Vergütungsanspruch des Hörgeräteakustikers für die Versorgung von Versicherten mit Hörgeräten, wenn die Versorgungsanzeige der Krankenkasse entgegen der vertraglichen Regelung des Versorgungsvertrages nach § 127 SGB V nicht vor der Versorgung zugegangen ist.	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 27.06.2019 - L 16 KR 541/18 -	
Festbetragsfestsetzung für Einlagen	B 3 KR 4/20 R	Zur Festsetzung der einheitlichen Festbeträge für Hilfsmittel (hier: Einlagen) und zur entsprechenden Anwendung des § 35 Absatz 5 SGB V.	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 11.03.2020 - L 1 KR 178/17 KL -	20-02-114
Integrierte Versorgung				
Krankenkassen				
Ablehnung der Elektronischen Gesundheitskarte	B 1 KR 7/20 R	Können Versicherte die Verwendung der wegen ihrer Online-Funktion und der ihr zugrundeliegenden Telematik-Infrastruktur wirksam ablehnen?	***LSG Rheinland-Pfalz***, Urt. v. 29.08.2019 - L 5 KR 303/18 -	20-03-125
	B 1 KR 15/20 R	Können Versicherte die Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte wegen ihrer Online-Funktion und der ihr zugrundeliegenden Telematik-Infrastruktur wirksam ablehnen?	***LSG Nordrhein-Westfalen***, Urt. v. 28.03.2019 - L 16 KR 676/16 -	20-03-155 NZB
Aufwandsentschädigungen für Werbung von Mitgliedern	B 1 A 1/20 R	Darf eine Krankenkasse an Arbeitgeber oder vom Arbeitgeber beauftragtes Personal Aufwandsentschädigungen für die Werbung von Mitglieder gewähren, an Laienwerber Aufwandsentschädigungen von mehr als 0,7% der monatlichen Bezugsgröße zahlen und gewährte Aufwandsentschädigungen nach der Anzahl der geworbenen Mitglieder staffeln?	LSG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 27.09.2018 - L 1 KR 318/17 KL -	19-01-162 NZB
GBA				
Unmittelbare Klage gegen Nutzenbewertungsbeschluss des GBA	B 3 KR 11/19 R **Termin:** 10.09.2020	Zulässigkeit der Klage gegen einen Nutzenbewertungsbeschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), wenn ein Erstattungsbetrag zwischen pharmazeutischen Unternehmen und dem GKV-Spitzenverband vereinbart wurde?	***LSG Berlin-Brandenburg***, Urt. v. 19.10.2018 - L 1 KR 558/15 KL -	19-01-158 NZB
Sonstiges				